

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 407

Contribution à l'étude
DES ARTHROPATHIES
de la Syphilis héréditaire tardive

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Février 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marin SAINT-PIERRE

Né à Nantua (Ain), le 5 Août 1876

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE L. SILLAND

9, COURS GAMBETTA, 9

Février 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 407

Contribution à l'étude
DES ARTHROPATHIES
de la Syphilis héréditaire tardive

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Février 1900

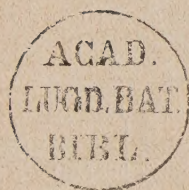
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marin SAINT-PIERRE

Né à Nantua (Ain), le 5 Août 1876

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE L. SILLAND

9, COURS GAMBETTA, 9

—
Février 1900

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE, BONDET.
Cliniques chirurgicales.....		OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....		PIERRET.
Physique médicale.....		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		LORTET.
Anatomie.....		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....		RENAUT.
Physiologie.....		MORAT.
Pathologie interne.....		TEISSIER.
Pathologie externe.....		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MAYET.
Anatomie pathologique.....		TRIPRIER.
Médecine opératoire.....		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING.
Médecine légale.....		LACASSAGNE.
Hygiène.....		BARD.
Thérapeutique.....		SOULIER.
Pharmacie.....		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	LAROYENNE.
---------------------------------------	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. COLLET et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Au début de *notre* travail, qu'il nous soit permis d'adresser de cordiaux et bien sincères remerciements à tous ceux dont les conseils et l'affection nous ont soutenu dans nos études et nous soutiendront dans *notre* carrière.

Notre première pensée est pour nos parents si aimants, si dévoués et pour *notre* grand'mère paternelle, dont la sollicitude, les encouragements affectueux et les sacrifices ont toujours soutenus nos efforts en nous rendant la tâche moins lourde ; nous sommes heureux de leur apporter ici un faible témoignage de *notre* profonde gratitude et de leur offrir la dédicace de *notre* modeste travail.

Nous n'oublierons pas de rendre hommage à la mémoire de nos grands parents maternels, le docteur Larochette en particulier, dont le souvenir nous a inspiré le choix d'une carrière qu'il a honorée de son dévouement.

M. le professeur Poncet a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de *notre* thèse, nous l'en remercions de tout cœur.

Merci également à *notre* maître, M. le professeur Teissier pour son dévouement dont il nous a témoigné les marques en maintes circonstances.

En nous confiant le sujet de *notre* thèse, M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien de la Charité, nous donne une nouvelle assurance de sympathie dont nous sommes fier et reconnaissant.

Nos autres maîtres dans les hôpitaux, et plus particulièrement MM. les docteurs Colrat, Lyonnet, Rollet et Siraud, ont été pour nous plus que des chefs de service, des conseillers bienveillants et dévoués, en les remerciant une dernière fois de leur enseignement plein de cordialité et de l'intérêt qu'ils nous ont porté, nous obéissons au plus agréable des devoirs.

De tous nos amis enfin nous nous séparons à regret ; nous garderons d'eux le pieux souvenir.

M. S.-P.

INTRODUCTION

L'influence héréditaire de la syphilis peut se prolonger longtemps pendant l'enfance, pendant l'adolescence et même pendant l'âge adulte ; elle peut déterminer des lésions importantes souvent confondues avec les lésions scrofuleuses ou tuberculeuses, lésions vite guéries par un traitement antisyphilitique. Cette idée n'aurait rencontré que des incrédules il y a quelques années, mais surtout depuis les travaux de M. Fournier elle a fait des progrès considérables.

Après une longue période d'hésitations, le retentissement de la syphilis acquise sur les articulations est un fait universellement accepté. Pour la syphilis héréditaire, il y a encore des divergences ; on se demande encore si la syphilis atteint primitivement ou secondairement les articulations, existe-t-il des arthrites syphilitiques ou n'existe-t-il que des arthropathies liées à des altérations des tissus avoisinant la jointure ?

Il n'est pourtant pas indifférent d'admettre ou de ne pas admettre l'influence de la syphilis héréditaire tardive sur les articulations : nier celle-ci, c'est agrandir d'autant le domaine de la scrofule ; c'est s'exposer à traiter comme scrofuleuses des lésions manifestement syphilitiques ; c'est condamner le malade à des traite-

ments aussi longs qu'infructueux, c'est s'exposer à bien des insuccès ; c'est peut-être compromettre l'existence du patient, alors que quelques semaines du traitement spécifique suffiraient pour assurer la guérison complète.

La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise peut envahir les articulations, mais les accidents articulaires de la syphilis héréditaire tardive sont représentés par des observations peu nombreuses et surtout trop concises. Est-ce à dire que ces accidents articulaires soient rares ? Tel n'est pas notre avis : « la vérité est plutôt dans ce fait que, la syphilis héréditaire tardive ayant été trop longtemps contestée, beaucoup d'arthropathies relevant de cette forme de la syphilis ont été méconnues et probablement traitées comme dûes à la tuberculose. », et, comme Méricamp, nous sommes convaincu que « le jour où les chirurgiens tourneront sérieusement leur attention vers les accidents tardifs de la syphilis héréditaire, ils arriveront à guérir à peu de frais nombre de manifestations articulaires contre lesquelles tout l'arsenal chirurgical eût échoué ».

A ceux qui affirmaient la nature syphilitique de la manifestation articulaire, on a répondu tantôt en incriminant la scrofule, tantôt même en incriminant le rhumatisme, souvent même en niant la syphilis. Et de fait la plupart des observations sont incomplètes ou écourtées ; le seul mérite de beaucoup d'entre elles est de montrer la guérison de l'arthropathie pendant le traitement spécifique, ce à quoi les incrédules n'ont pas manqué de répondre que « *pendant* » ne voulait pas dire « *à cause* ».

C'est que de grandes difficultés surgissent lorsqu'il s'agit, dans un cas déterminé d'arthropathie, d'affirmer ou de nier la syphilis; ceci est dû à ce que nous ne possédons aucun moyen sûr d'affirmer l'origine syphilitique d'une lésion quelconque. « Nous en sommes, en ce qui concerne la syphilis, au point où nous en étions pour la tuberculose avant Villemin et Koch; sans doute on affirmait la nature tuberculeuse de certaines arthrites, mais il a fallu l'inoculation aux animaux d'une part, et la recherche du bacille, d'autre part, pour établir sur des bases sûres l'étude de la tuberculose articulaire ». (Imbert, Gaz. des Hôpitaux, 18 février 1899). Or, l'un et l'autre moyen nous manquent pour étudier la syphilis; nous n'avons guère qu'un procédé pour la reconnaître avec certitude, c'est de soumettre le malade au traitement spécifique; encore ce moyen n'est-il pas exempt d'objections, comme nous le verrons plus loin et il ne donne aucun résultat suffisant en cas de lésions trop avancées.

On devine donc, par ces simples considérations, combien d'obscurité, combien de difficultés comporte le sujet de notre étude. Nous essaierons cependant de dégager de toutes les incertitudes les quelques notions que l'on peut considérer comme acquises et pour cela nous nous inspirerons amplement des travaux que les différents auteurs y ont consacré; car nous n'avons pas la prétention d'apporter des idées bien nouvelles sur un sujet qui a été abordé par les maîtres de la syphiligraphie et leurs élèves.

Le hasard a mis sous nos yeux, durant un semestre d'externat passé dans le service de M. le professeur

agréé Nové-Josserand à la Charité, un cas très net d'arthropathie hérédo-syphilitique. Cette observation, rapprochée d'une autre due à l'obligeance de M. le Dr Weill, fera le sujet de notre thèse.

Comme ceux qui nous ont précédé, nous emploierons le mot *arthropathie* de préférence au mot *artrhide*, car « ce terme a l'avantage de ne rien préjuger » et Méricamp dit : « produire une arthropathie indolente, sans troubles fonctionnels sérieux, avec un épanchement articulaire et une hyperostose lisse, volumineux, tel est le propre de la syphilis ». Les désignations de tumeur blanche et d'arthrite syphilitique sont donc à juste titre délaissées. Homolle partage également cet avis : « l'absence de phénomènes inflammatoires, de fougosités, de suppuration, d'ankylose consécutive doit faire rejeter la dénomination d'arthrite appliquée aux affections articulaires de la syphilis tardive ». Le mot d'arthropathie est vague, nous l'avouons, mais ne convient-il pas à une lésion dont le substratum anatomique n'est pas connu ; c'est un terme provisoire destiné à disparaître le jour où les recherches nécropsiques auront élucidé le processus qui correspond aux signes cliniques. Du reste, dit M. Kirmisson, au point de vue clinique (le seul auquel on ait le droit de se placer en l'absence d'autopsie), le caractère fondamental de cette affection est précisément l'absence de symptômes articulaires.

Le but de notre modeste travail sera donc de rester autant que possible *dans le domaine de la clinique*, le plus utile au malade. L'anatomie pathologique sera laissée forcément de côté, car il n'existe aucune autops-

sie. De la pathogénie on ne connaît jusqu'ici absolument rien; nous ne ferons donc que l'effleurer. Le nombre d'observations nouvelles que nous apportons est restreint, mais nous estimons que la qualité prime la quantité; nous reproduirons donc, après un court aperçu historique, ces observations et les plus concluantes publiées jusqu'ici. Puis en nous basant sur elles, nous ferons de notre mieux une étude clinique de l'arthropathie hérédo-syphilitique. Nous aurons à insister sur la symptomatologie et les formes. Le diagnostic tiendra une large part dans le sujet, surtout le diagnostic avec la tuberculose articulaire; l'analogie entre les deux affections est parfois en effet comme nous le verrons, poussée assez loin pour que des chirurgiens exercés, mais non prévenus, se soient laissé prendre aux apparences.

C'est pourquoi nous avons cru utile d'attirer une fois de plus l'attention sur cette affection qui intéresse au même degré le médecin et le chirurgien. Du diagnostic d'une affection, de la connaissance exacte de sa nature dépendent en effet le pronostic et le traitement.

Nous résumerons enfin, pour terminer, les résultats acquis au point de vue thérapeutique, en insistant sur le mode de traitement qui semble devoir primer les autres.

HISTORIQUE

En France.—M. Melchior Robert (nouveau traité des maladies vénériennes 1861) et Davasse (la syphilis, ses formes, son unité) citent des cas très incertains et nous n'en finirions pas si nous voulions citer tous les observateurs de ce genre.

Gressent (th. de Paris 1874) donne un aperçu des localisations articulaires de l'hérédo-syphilis en faisant l'étude générale des manifestations tardives de cette maladie.

Méricamp (th. de Paris 1882) tout en s'occupant des arthropathies tertiaires, consacre un chapitre à l'arthropathie héréditaire et rapporte un cas d'arthropathie déformante, qu'il croit héréditaire ; pour lui la variété déformante est propre à l'hérédo-syphilis.

Defontaine (th. de Paris 1883) n'apporte aucun fait nouveau.

Ranguedat (th. de Paris 1883) est le premier qui consacre son mémoire entier aux arthropathies syphilitiques héréditaires ; il rapporte un nouveau cas qui est discutable.

Dureuil (th. de Paris 1885) donne les premières bonnes observations.

Mais outre ces thèses, existent certains travaux importants ; nous n'aurions garde d'oublier les leçons du professeur Fournier sur la syphilis héréditaire tardive

(1886) ; dans son livre il distingue trois formes d'arthropathies ; une prenant la forme d'hydarthrose chronique ; 2° la pseudo-tumeur blanche syphilitique ; 3° l'arthropathie déformante.

Ce sont ces deux dernières variétés du Danjou (th. de Paris 1888) propose de réunir en une seule, « car ces deux formes d'arthropathies, différentes en apparence, possèdent néanmoins l'une et l'autre les caractères de l'ostéo-arthropathie déformante : 1° point primitivement lésé toujours osseux ; jamais d'arthrite réactionnelle, envahissement articulaire par progrès de la lésion osseuse ; 2° déformation de la région envahie. »

Le terme proposé par Danjou et qui réunit en une seule deux variétés distinctes pour Fournier, désigne aussi l'affection communément nommée tumeur blanche par Richet (mémoire de l'Acad. de Méd. 1853), ostéo-arthrite par M. Gangolphe (maladies infect. et parasit. des os 1894), arthropathie par Gressent, arthrite par Gies (Deutsche Zeit. f. chir. 1884) ostéo-arthrite par Defontaine.

En 1897, MM. Kirmisson et Jacobson (revue d'orthopédie) proposent un groupement très simple des faits connus les mieux observés en catégories basées uniquement sur les symptômes cliniques. Il discutent la pathogénie de l'arthropathie hérédosyphilitique et essayent d'établir un rapport entre cette affection et la maladie de Parrot.

Le docteur Braquehay, de Tunis, publie, dans les annales de dermatologie et syphiligraphie 1898, 2 observations commentées.

Enfin, le docteur Imbert de Montpellier (Gaz. des

hôm. 18 février 1899) dans une revue générale des arthropathies syphilitiques, fait une étude résumée de celles qui sont héréditaires.

En Allemagne, l'histoire de l'arthropathie hérédo-syphilitique se confond avec celle de l'ostéo-chondrite du type Parrot, les auteurs ne distinguent pas les deux ordres de faits. Les premières observations sont dues à Hénock (Beiträge z. Kinderheilkunde 1861) et à Lewin 1868. Dans les mémoires de Wegner (Virch. Arch. f. Pathol. Anat.), de Waldeyer et Kobner (Beiträge z. Kenntniss der hereditären Knochen syphilis), il est surtout question de lésions anatomiques appartenant à l'affection décrite plus tard par Parrot. En 1878 Güterbock fait une importante communication à la société médicale de Berlin sur une forme spéciale d'arthropathie chez les jeunes enfants ; les membres de la société se prononcent pour la nature hérédo-syphilitique des cas de Güterbock (Berl. Klin. Wochenschrift 1878 n° 41) ; celui-ci donne alors son premier mémoire intitulé « maladies hérédo-syphilitiques des articulations » (Arch. Klin. chirurg. 1879). Knaak (de Brême), publie une observation analogue à celle du Güterbock, mais très incomplète. Citons le mémoire de Max Schuller (Arch. f. Klin. chirurg. 1883), où il reproduit sa communication au congrès allemand de chirurgie (XI^e congrès) ; mais il ne fournit aucune observation.

En 1883 Güterbock publie un 2^e mémoire accompagné de nouvelles observations personnelles.

Parmi les **travaux anglais**, il nous faut citer surtout l'article de Clutton (symmetrical synovitis of the knee in

hereditary syphilis. The Lancet février 1896) et celui de Robinson (Syphilitic joints disease in children. Brit. Med. Journ. mai 1896). Les observations contenues dans ce dernier travail sont nombreuses, mais très incomplètes. D'après lui on rencontre : chez le nouveau-né, surtout des lésions épiphysaires, de 8 à 12 ans on a plutôt affaire à des épanchements symétriques ; chez l'adulte on voit le plus souvent se développer des gommes au niveau de la rotule et de l'olécrâne en même temps que l'arthropathie.

Tels sont les principaux travaux ayant trait au sujet. « De leur lecture, dit M. Kirmisson, on retire une impression extrêmement confuse qui doit être attribuée à ce que chaque auteur propose un classement spécial et décrit des formes nouvelles ; tel multiplie les formes cliniques, tel autre décrit des formes anatomiques, bien qu'il n'existe aucune autopsie ; un troisième classe les faits d'après la pathogénie, dont on ne connaît jusqu'ici absolument rien. Enfin, et surtout en Allemagne on ne distingue pas les ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques de la maladie de Parrot ; il suffit pour s'en convaincre de lire la discussion sur le 2^e mémoire de Güterbock à la « Berliner medicinische Gesellschaft ». (Berl. Klin. Wochenschrift 1884).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Résumée). DUREUIL.

*Syphilis héréditaire. Hyperostose du tibia droit.
Pseudo-tumeur blanche du genou gauche avec hydarthrose.*

Léon O..., 11 ans.

A 6 semaines, diarrhée et ulcérations péri-anales traitées par Bouchut par un « médicament clair et légèrement salé » et rapidement guéri par ce traitement.

A 9 ans, à la suite d'un léger coup sur la jambe; gonflement du tibia droit, et, un an après, il se forme à la surface de la tuméfaction des plaies douloureuses dont l'une persiste encore.

Il y a six semaines, sans cause appréciable, augmentation de volume rapide du genou gauche. Pas de douleur; il continue à jouer.

En février 1880, le tiers supérieur du tibia droit est doublé de volume. On perçoit par le palper une hyperostose recouverte par une cicatrice blanche, lisse, adhérente à l'os, avec, à la partie supérieure, une ulcération ecthymateuse; douleur à la pression sur l'hyperostose.

A gauche, genou volumineux; tuméfaction énorme, lisse, des extrémités articulaires, se continuant sur une longueur de sept centimètres sur le tibia et de six centimètres sur le fémur. Peau intacte.

Épanchement modéré dans l'articulation, remontant à six semaines ; ni fongosités, ni épaississement de la synoviale ou des tissus voisins.

Pas de douleurs par l'exploration ; mouvements libres ; légère boiterie, mais pas de souffrance : le malade vient à pied à l'hôpital.

Parmi les antécédents, la mère a eu, sur huit grossesses, deux fausses-couches et cinq enfants morts en bas âge. (Notre malade est né entre le deuxième et le troisième de ces derniers).

Père nie la syphilis, mais a eu une paralysie de la troisième poire, sa mère aurait été atteinte de la diathèse.

Sous l'influence du traitement (K I et Vigo), le volume des épiphyses diminue et l'épanchement se résorbe.

OBSERVATION II

(Résumée). DUREUIL.

Ostéo-arthropathie hyperestrosique héréditaire de la tibio-tarsienne gauche.

Garçon de 14 ans. Pas d'antécédents suspects.

En janvier 1880, douleurs paroxystiques nocturnes à l'extrémité inférieure de la jambe gauche ; augmentation du gonflement du bas de la jambe et du pied pendant un mois ; ne cesse cependant pas de marcher.

20 mars 1880. Augmentation de volume de la tibio-tarsienne gauche ; peau intacte ; hyperostose du tibia dans ses huit ou dix centimètres inférieurs.

Indolence absolue, mouvements entièrement libres ; pas de craquements, pas d'hyarthrose, pas de fongosités.

Antécédents héréditaires vagues, la mère a eu deux fausses-couches ; le père a eu un bouton sur la verge avant son mariage.

Sous l'influence du traitement (K I) amélioration notable.

OBSERVATION III

(Résumée). DUREUIL.

Pseudo-tumeur blanche du coude gauche.

Louis G..., 3 ans. Souffre depuis quelque temps de son coude gauche qui, depuis six semaines, a notablement augmenté de volume. A la palpation, l'extrémité humérale est hypertrophiée sur une étendue de cinq centimètres; le cubitus et le radius sont aussi hyperostosés sur la même longueur.

Peau intacte, ni empâtement, ni fluctuation, ni fongosités.

Exploration indolore, mouvements conservés.

La mère a eu deux fausses-couches, le père a eu des accidents plus que suspects étant soldat.

Pas d'antécédents personnels.

Traitement K I. Malade non suivi.

OBSERVATION IV

(Résumée). GUTERBOCK, premier mémoire.

Marthe R..., 2 mois. Pas d'antécédents.

Etat le 29 décembre 1875: gonflement du poignet droit, constitué par une augmentation de volume des épiphyses inférieures du cubitus et du radius.

Gonflement analogue de l'extrémité supérieure du tibia gauche qui se continue le long de la crête tibiale.

Le genou droit a l'aspect d'une tumeur blanche et l'on y perçoit un gonflement dur de l'extrémité correspondante du fémur.

De plus, il existe à la face interne du fémur, à quelques pouces au-dessus de l'articulation, une ouverture fistuleuse qui conduit sur des os dénudés.

Gonflement léger du poignet gauche.

Sous l'influence du traitement antisypilitique, les fistules se ferment, les extrémités osseuses diminuent de volume et, au bout de deux mois, l'enfant est considéré comme guéri.

OBSERVATION V

(Résumée). GUTERBOCK, premier mémoire.

Antoine B..., 6 mois. Pas d'anamnestiques.

Cachexie, desquamation de la plante des pieds.

Gonflement considérable des trois extrémités osseuses du coude gauche : le membre est dans l'attitude d'une subluxation du coude en arrière. Immédiatement au-dessus de l'articulation, ulcération bourgeonnante conduisant, par un trajet fistuleux, sur l'extrémité dénudée de l'humérus.

Au-devant de la jambe gauche, au-dessous du genou, gonflement fluctuant qui donne l'impression d'un abcès sous-périosté.

Par le traitement, tous les symptômes disparaissent, les ulcères se ferment, les épiphyses dégonflent.

On interrompt le traitement et, un mois après, survient une rechute; le traitement est repris et amène la guérison définitive.

Remarquons, dans ces deux observations de Güterbock, la faible part qu'il donne à la description clinique, surtout celle des signes fonctionnels.

De plus, ce sont les deux seules observations où il est fait mention de fistules.

Notons aussi le tout jeune âge des malades en coïncidence avec cette fistulisation.

OBSERVATION VI

(Résumée). ROBINSON.

Ostéite avec épanchement articulaire.

G. P..., 3 ans 1/2.

Janvier 1892. Hydarthrose assez douloureuse du genou gau-

che ; gonflement de l'extrémité inférieure du fémur jusqu'au milieu de la diaphyse.

Gonflement léger du tibia droit au tiers supérieur. Rien dans le genou.

Antécédents syphilitiques multiples : kératite, coryza ; plusieurs frères ou sœurs morts en bas âge.

Traitement antisiphilitique.

Mai 1892. Gonflement fluctuant du pariétal droit.

30 août. Le pariétal n'est plus gonflé ; les jambes sont presque normales. Dans une deuxième période de la maladie, l'enfant présente : une périostite fluctuante du tibia droit, un gonflement de l'extrémité inférieure du radius droit avec épanchement dans l'articulation du poignet ; des périostites de l'extrémité inférieure des deux fémurs et du quatrième métacarpien droit.

Malgré le traitement, on voit, le 22 septembre, survenir une perforation du voile du palais ; mais bientôt les diverses manifestations s'amendent et la guérison est rapide.

OBSERVATION VII

(Résumée). ROBINSON.

Ostéite, avec infiltration gommeuse de la synoviale.

C. H..., 10 ans.

18 juin 1895. Gonflement du genou droit datant de quinze jours ; hydarthrose ; gonflement de l'extrémité inférieure du fémur.

Au niveau du condyle interne on sent une masse nodulaire adhérent profondément. C'est, évidemment, une gomme sous-périostée. Pas d'antécédents syphilitiques nets.

Toutes ces lésions, y compris le nodule condylien, disparaissent par l'iodure.

OBSERVATION VIII

(Résumée). ROBINSON.

Ostéite avec infiltration gommeuse de la synoviale.

E. W..., fillette chétive, 11 ans.

Gonflement du genou gauche datant de neuf mois. Douleurs ostéocopes.

Gonflement du tiers inférieur du fémur. Hydarthrose. La synoviale est épaissie par endroits. Au-dessus du condyle externe on sent une perte de substance et le condyle lui-même est mou. Genu valgum prononcé.

Epaississement du tiers supérieur du radius gauche depuis six mois ; perte des mouvements du coude.

Triade d'Hutchinson au grand complet.

Sous l'influence du traitement, on constate une amélioration remarquable au bout de six mois.

OBSERVATION IX

(Résumée). ROBINSON.

Ostéite avec infiltration gommeuse de la synoviale.

K. C..., 11 ans.

15 février 1895. Gonflement du genou gauche datant de un an. Hypertrophie de la partie inférieure du fémur. Infiltration gommeuse en forme de croissant au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale, et épaississement analogue au niveau du ligament latéral externe.

Hydarthrose abondante. Hyperextension possible ; quelques légers mouvements de latéralité. Pas de douleurs spontanées.

Ulcération du voile du palais, de l'amygdale ; surdité, altérations dentaires, cicatrices cutanées.

Grande amélioration par le traitement ; celui-ci interrompu, une récidive survient alors, le traitement est repris et le malade guérit complètement.

OBSERVATION X

(Résumée). FALKSON.

Garçon, 11 ans.

Mère présentant des accidents secondaires pendant la grossesse ; après cette enfant, elle en a eu cinq autres, morts dans la première année.

Antécédents personnels : éruptions, ulcérations, lésions oculaires. Depuis huit mois, gonflement et endolorissement du genou droit ; actuellement kératite parenchymateuse. Gonflement du genou droit avec épaississement de la capsule. Epanchement léger. Sensibilité générale diffuse à la pression.

Mouvements douloureux, lents, mais ayant conservé toute leur amplitude ; en marchant le jeune garçon évite de fléchir le membre.

Amélioration rapide sous l'influence du traitement spécifique.

OBSERVATION XI

Ullmann (Société viennoise de dermatologie).

X..., 22 ans.

Il y a six semaines, le malade a eu un ulcère du côté externe de l'articulation aluo tarsienne, ulcère guéri par le traitement antisyphilitique.

Il présente une *affection du genou* dont il n'avait pas conscience.

La capsule articulaire est distendue ; les ligaments ne sont pas relâchés ; le malade marche ; indolence parfaite. .

Sur les tibias, exartoses considérables. Soulèvement fusiforme des os de l'avant bras.

Pas de signes actuels de syphilis héréditaire. La mère est morte en couches, de syphilis après la naissance du malade ; celui-ci aurait présenté dès sa naissance des signes de syphilis.

OBSERVATION XII

Millon (Rev. mens. des mal. de l'enfance, avril 1896).

Garçon de 15 ans ; rien du côté de la mère ; le père aurait eu des accidents des plus suspects.

L'enfant a eu, à 5 ans, une affection grave de l'œil ; depuis l'âge de 6 ans, lésions du genou droit et gommès cutanées multiples.

Actuellement : bosses frontales saillantes ; dents d'Hutchinson ; ulcération superficielle à bords non décollés sur la face antéro-externe des jambes.

Genoux énormes ; tuméfaction irrégulière de l'extrémité inférieure du fémur ; distension de la synoviale. Pas de déformation de l'extrémité supérieure du tibia. Atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse.

Oséite peu abondante, foie énorme, mamelonné à sa surface, au bord ligneux et incisé.

Amélioration rapide des lésions articulaires et disparition des lésions cutanées sous l'influence du traitement spécifique mixte, mais mort par troubles cardiaques. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIII

E. Kimisson et G. Jacobson (Revue d'orthopédie 1897 p. 367).

Ostéo-arthropathie chronique hérédo-syphilitique du genou gauche avec hydarthrose.

L'enfant Charles L..., âgé de 4 ans 1/2, est amené pour un gonflement très marqué du genou gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu la syphilis il y a 5 ou 6 ans. Il a eu un chancre, la roséole, des plaques muqueuses, etc., il présente actuellement une glossite syphilitique typique (langue parquetée) avec leucoplasie buccale, c'est un grand fumeur, il boit environ trois litres de vin par jour.

La mère n'a pas eu d'accidents pouvant être rapportés à la syphilis. Elle a eu cinq enfants :

1^{er} Enfant : garçon, mort-né au 7^e mois de la grossesse.

2^e Enfant : garçon, âgé actuellement de 10 ans 1/2 atteint d'Otite chronique suppurée.

3^e Enfant : fille, morte à l'âge de 6 mois avec éruptions généralisées.

4^e Enfant : fille, âgée actuellement de 6 ans : a eu il y a 2 ans une grosseur à l'anus, traité avec succès par le sirop de Gibert et l'iodure.

Le 5^e enfant est notre malade : à l'âge de 18 mois éruption généralisée vite guéri par des frictions mercurielles ; depuis l'enfant s'est toujours bien porté.

L'affection actuelle du genou a débuté sans cause connue en décembre 1895. C'est le matin, en levant l'enfant, que la mère a remarqué par hasard que le genou était gros. L'enfant ne s'en était pas plaint. On conduisit l'enfant dans un hôpital où on lui appliqua des pointes de feu, puis un appareil plâtré qu'il garda 18 jours sans résultat. Mais comme l'affection n'était pas douloureuse, on ne s'en préoccupa pas d'avantage et l'enfant ne suivit pas d'autre traitement. L'affection persistait avec des alternatives de mieux et de pis. Il n'y a pas eu de douleurs, mais seulement assez souvent la sensation de fatigue. Enfin le 17 septembre 1896, un an après le début du mal on nous amène le petit malade.

Etat actuel. Le genou est augmenté de volume dans son ensemble.

L'exploration de l'articulation montre qu'elle renferme une quantité modérée de liquide. Il n'y a pas de fongosités.

Ce qui nous frappe surtout, c'est l'indolence lors des mouvements passifs et la conservation intégrale de ces mouvements.

Pas d'attitude vicieuse du membre. Léger degré de genu valgum. L'extrémité supérieure du tibia et très augmentée de volume, surtout son condyle interne qui fait une forte saillie à la face interne du membre. L'enfant boite légèrement.

Il n'a jamais eu de douleurs dans son genou malade.

On voit au pourtour de l'anus quelques cicatrices blanches déprimées.

Diagnostic : ostéo-arthropathie hérédosyphilitique.

Traitement : frictions mercurielles et K I.

1^{er} Octobre 1896. L'enfant est revu. Le gonflement du genou a diminué et on peut percevoir au côté externe du cul-de-sac sous-tricipital un nodule dur, de la grosseur d'un haricot, siégeant à la hauteur du point de réflexion de la synoviale.

Le 15. Même état. Mais on ne retrouve plus la petite tumeur constatée le 1^{er} octobre.

Le 29. L'enfant peut être considéré comme guéri. Il marche sans boiter, son genou ne le fait pas du tout souffrir.

12 Novembre 1896 La guérison est complète. Le traitement est supprimé.

10 Décembre 1896. L'enfant est de nouveau ramené parce que son genou est de nouveau gonflé légèrement. Il ne boite pas, mais il a un peu d'épanchement dans son genou.

Le traitement est repris.

24. L'épanchement a diminué manifestement.

20 Janvier 1897. La guérison est complète. Le traitement est interrompu.

Nous avons depuis lors pris à plusieurs reprises des nouvelles de l'enfant : la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XIV

E. KIRMISSON et M. G. JACOBSON (*Revue d'orthopédie*, 1897,
p. 370).

*Ostéo-arthropathie chronique hérédo-syphilitique de la
hanche gauche.*

André Q., 27 mois, amené à la consultation des Enfants-
Assistés le 4 février 1896 : il boite légèrement et porte son
membre inférieur gauche dans l'abduction ; le bassin est
abaissé du même côté. Légère inflexion du tibia à convexité
externe. Pas de symptômes évidents du côté de l'articulation
coxo-fémorale ; cependant on pense à une coxalgie. Le diag-
nostic est réservé.

27 avril 1896. L'enfant est revu. L'idée d'une coxalgie se
confirme. Mais on reconnaît qu'il s'agit d'une coxalgie très
spéciale ; il existe un gros empâtement au côté externe de la
racine de la cuisse. On fait dans cette région une ponction
explorative qui ne ramène rien.

Application d'un appareil plâtré du 27 avril au 17 octobre.

17 octobre 1896. Nous sommes frappés par l'augmentation
énorme de l'extrémité supérieure du fémur coïncidant avec la
conservation de mouvements très étendus. Il n'y a pas d'atti-
tude vicieuse du membre et presque pas de douleur.

Nous remarquons encore que l'enfant présente sur l'abdo-
men une éruption de petites plaques circulaires, légèrement
surélevées, de coloration un peu cuivrée et recouvertes d'un
enduit plâtreux peu épais ; cette éruption ne siège que sur
l'abdomen. Il n'y a rien aux coudes ni aux genoux.

Ces papules guérissent spontanément et laissent une ma-
cule fortement pigmentée qui blanchit, puis disparaît complè-
tement.

Il existe sur la langue une glossite desquamative des plus nettes.

Le 20, l'enfant est endormi et examiné avec soin. On trouve immédiatement au-dessous du grand trochanter, une double tumeur osseuse, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure du fémur.

L'articulation elle-même ne semble pas malade. Les mouvements sont conservés dans une très grande étendue et très peu douloureux.

Pas de contracture des muscles péri-articulaires, pas d'attitude vicieuse permanente. Tout, en un mot, donne l'impression d'une affection justa-articulaire plutôt qu'articulaire.

Les parents de l'enfant ont été examinés.

La *mère* est parfaitement bien portante et n'a aucun antécédent suspect.

Le *père*, bien portant aujourd'hui, a eu, à l'âge de 24 ans, un chancre unique; pas de bubon, pas de roséole, pas de chute de cheveux, mais, à plusieurs reprises, il a eu des plaques muqueuses dans la bouche, soignées par l'iodure et la liqueur de Van Swieten.

L'enfant est mis au traitement par l'iodure et les frictions mercurielles. On ne le soumet à aucune immobilisation, il marche à volonté.

10 novembre 1896. L'enfant est revu. Il existe toujours une augmentation de volume considérable de l'extrémité supérieure du fémur avec intégrité de tous les mouvements de l'articulation, indolence absolue, absence de contracture. L'enfant marche avec une légère claudication.

Traitement : Sirop de Gibert. Emplâtre de Vigo.

17 Décembre. Le gonflement de l'extrémité fémorale a notablement diminué. L'enfant marche sans douleur et presque sans claudication.

L'éruption abdominale a continué à évoluer : les anciens placards ont disparu ; mais il en est apparu de nouveaux.

On continue le traitement.

30 Janvier 1897. Les tuméfactions osseuses ont complètement disparu.

Les mouvements articulaires sont complets.

Il ne persiste qu'un peu d'épaississement de l'extrémité supérieure du fémur au niveau de l'articulation.

L'éruption abdominale a aussi disparu complètement.

Le traitement est supprimé. La guérison persiste.

OBSERVATION XV

(Résumée) KIRMISSON et JACOBSON (*Revue d'orthopédie* 1897).

Hérédo-syphilis probable. — Arthropathie de la hanche gauche.

Lucien A..., 11 jours, né le 24 août 1896, aucun renseignement.

5 septembre 1896. L'enfant se présente la cuisse gauche fléchie à angle droit sur le bassin ; grâce à la contracture musculaire, on ne peut la placer dans l'extension complète. Autour de l'articulation coxo-fémorale, surtout en haut et en arrière existe un empâtement manifeste, renitent par places, comme s'il y avait du liquide dans l'articulation.

L'enfant est petit, sa peau est violacée et marbrée, sur les bourses et à la racine des cuisses, excoriations sans caractère.

La moitié droite du scrotum est épaissie ; un peu d'hydrocèle vaginale.

Pas de trace de syphilis évidente.

On fait une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz en arrière du grand trochanter, on ne retire que quelques gouttes de sang.

Sans diagnostic précis, l'enfant est mis au traitement (frictions mercurielles et bains de sublimé),

Dès la deuxième friction, l'empâtement diminue, l'enfant augmente de poids.

29 septembre 1896. Presque plus d'empâtement. L'enfant exécute des mouvements spontanés avec le membre malade et on peut faire mouvoir ce membre sans provoquer des cris.

14 octobre. Les mouvements sont indolores et très étendus; il subsiste une légère flexion de la cuisse sur le bassin.

L'enfant n'a jamais présenté de fièvre.

Remarquons dans cette observation l'attitude vicieuse du membre et les phénomènes douloureux.

Néanmoins, cette observation s'écarte sensiblement du type ordinaire de l'ostéo-arthropathie hérédosyphilitique.

Peut-être est-ce là le début aigri de l'arthropathie chronique observé chez les autres malades en général.

OBSERVATION XVI

(Résumée). J. BRAQUEHAYE.

(In. *Ann. de Dermat. et syph.* 1898).

Le nommé F..., mécanicien se présente le 10 mars 1897, avec tuméfaction du genou droit.

Antécédents héréditaires. Mère, 2 ans avant de mettre au monde F..., a eu un chancre induré du sein, en allaitant un nourrisson syphilitique. Jamais de fausses couches.

A. personnels. Né petit, malingre, avec des excoriations sur le corps, a marché tard et avec des tuteurs pendant plusieurs années. Dur d'oreille. Affection ancienne de la cornée, guérie par le traitement spécifique. Marié, il a eu une fille atteinte de double luxation congénitale de la hanche.

A 8 ans, douleurs vives, ostéocopes, dans le tibia gauche, surtout nocturnes.

A 18 ans le genou gauche devint gros, sans douleur vive; F..., marchait comme auparavant.

Entré à St-André, le professeur Lannelongue le guérit par l'iodure.

A 25 ans, nouvelle poussée dans le genou gauche ; même traitement suivi de guérison.

A la fin de 1895, à 27 ans, le genou droit est pris à son tour ; un rebouteur de Bordeaux diagnostique une tumeur blanche, ordonne du massage, des marches forcées ; après six mois de ce traitement, pas d'amélioration ; il vient consulter.

A la vue le genou droit est globuleux, son bord externe porte une ulcération large comme la main, à fond blafard, bourgeonnant, à bords polycyclique et surélevés.

Au palper : hydarthrose bien marquée. Les épiphyses fémorale et tibiale sont épaissies et la rotule notablement élargie (1/4 de plus que la rotule gauche).

Epaississements localisés de la synoviale, sensation analogue à celle d'un kyste à grains riziformes. Mouvements conservés, mais s'accompagnant de craquements nets, perceptibles à distance. De ce triangle de Scarpa, adénopathie dure, mobile, indolente.

Le genou est indolent à la pression, les os eux-mêmes sont peu sensibles ; la percussion du talon, les mouvements spontanés ou provoqués sont indolores ; marche facile, boiterie légère.

Pas de liquide dans le genou gauche. La tubérosité antérieure des deux tibias forme une exostose indolente à la pression.

Exostoses saillantes sur les deux clavicules. Saillie anormale des épitrochlées.

Toutes les dents sont gâtées.

Traitement. Emplâtre de Vigo cum mercurio sur le genou droit ; à l'intérieur deux cuil. de sirop de Gibert et deux gram. de K I par jour.

Le 10 avril (en trois semaines) amélioration notable, ulcé-

ration presque complètement cicatrisée ; le genou a diminué de moitié.

Le 15 mai le malade est à peu près guéri : le blindage de la synoviale a disparu ; il ne reste que très peu de liquide dans le genou ; les épiphyses restent volumineuses.

Le traitement est continué hors de l'hôpital.

Le 6 août 1898. Malade revu ; le malade est resté complètement guéri pendant les six mois qu'il a continué le traitement. Il a pu s'embarquer et faire depuis près d'un an sur un bateau le pénible métier de soutier sans accident ; il y a quinze jours il reçoit un gros bloc de charbon sur le genou, qui provoqua d'abord une plaie et un épanchement vingt-quatre heures après ; le genou est alors dans le même état qu'à sa première visite, le 19 mars 1897. Même traitement.

Deux mois après, le 1^{er} octobre, genou en voie de guérison, plaie très diminuée.

Le 25 octobre : plaie fermée ; il reste très peu de liquide, le malade est assez guéri pour s'embarquer de nouveau.

OBSERVATION XVII

(Résumée). BRAQUEHAYE.

(*In. Ann. de Dermatologie et syphiligraphie 1898*).

Andréa L..., 15 ans. Se présente le 18 septembre 1896, avec une tuméfaction de la région sterno-claviculaire. A première vue, la lésion simulait une tumeur blanche ; mais il y avait bilatéralité de la lésion.

Antécédents héréditaires. Le père avait eu « du mauvais mal » quelques années avant la naissance de la malade.

La mère ne paraît pas avoir eu d'accidents personnels ; mais elle a eu trois fausses couches successives, dont la dernière, vers le septième mois donna naissance à un fœtus macéré ; un an après Andréa L..., venait au monde.

Ant. personnels. Fut toujours souffreteuse et difficile à élever. Incisives médianes supérieures portent une échancrure semi-lunaire et sont camelées. Canines atrophiées. Mêmes signes, mais moins nets à la mâchoire inférieure.

Il y a un an douleurs vives dans les clavicules et les épaules, surtout vespérales, attribuées à la fatigue et à la croissance anormale de la jeune fille.

Il y a dix mois qu'on a remarqué le gonflement de l'extrémité interne de la clavicule. Un médecin prescrit sans résultat une pommade jaune et l'huile de foie de morue à l'intérieur.

Le 18 septembre, on constate, la tuméfaction des deux articulations sternoclaviculaires, surtout marquée à gauche. Peau normale à ce niveau, avec simple réseau veineux superficiel anormalement développé.

Pas de douleur à la pression. Les mouvements de l'épaule se font librement.

Les extrémités osseuses (surtout les extrémités claviculaires) sont très épaissies ; la tumeur est molle, fluctuante, adhérente à l'os.

A part les antécédents de la malade et la symétrie des lésions, on n'hésiterait pas à diagnostiquer tumeur blanche ; mais pour ces deux raisons on prescrit : Sirop de Gibert deux cuillerées ; KI deux gram. par jour.

Le 5 octobre : amélioration des plus nettes.

Le 19 la tuméfaction a disparu ; il persiste un léger gonflement de la partie interne des deux clavicules.

A la fin de novembre la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XVIII

(Inédite)

(communiquée par M. le professeur agrégé Weill).

Fille de 11 ans, très développée, d'aspect florissant.

Se plaint, au mois de mai 1898, de douleurs dans la hanche

droite, douleurs qui se produisaient pendant la marche. Pas d'altération de l'état général.

Au mois de juillet, on l'envoie à Aix : le traitement des eaux produit une aggravation manifeste.

Vue par le docteur Weill, au mois de septembre 1898, qui constate tous les signes d'une coxalgie : douleur à la pression dans le pli de l'aîne, au-dessus du trochanter, douleur dans les mouvements d'abduction, rotation de la jambe en dehors ; élévation générale de la hanche.

Plusieurs chirurgiens la voient en ce moment et concluent tous à une tuberculose articulaire. La malade étant très grosse, on ne sait s'il y avait de l'empâtement vrai.

Très étonné de l'intégrité parfaite de la santé et de l'aspect exceptionnellement florissant de la malade, M. Weill rechercha les antécédents et apprit que le père avait eu une syphilis sérieuse avant son mariage, syphilis qui avait donné lieu à plusieurs fausses couches de sa femme ; à ce moment il fit prendre plusieurs fois la température, fit trois fois une injection de tuberculine de Koch et ne découvrit aucune réaction.

Tout en acceptant le traitement proposé par les chirurgiens : (repos dans une gouttière, pointes de feu) il fit instituer le traitement spécifique (frictions mercurielles et iodure de potassium quatre gr. par jour). L'enfant fut revue six semaines après le début de la médication : toutes les douleurs avaient disparu ; après quelques jours où la marche fut un peu gênée par la raideur, les mouvements se rétablirent tout à fait d'une façon normale et depuis janvier 1899, la malade est absolument guérie, marchant, courant, se fatiguant.

Cette observation n'est pas absolument probante, car elle s'écarte du type ordinaire par les phénomènes douloureux qui l'accompagnent ; l'indolence fonctionnelle ou à l'exploration n'existe pas ; et rien ne prouve

qu'il ne s'agit pas là d'une pseudo coxalgie de croissance guérie par le repos et la révulsion, affection du type décrit par le docteur Desporte (th. de Lyon 1899). Néanmoins, on ne doit pas renoncer à incriminer la syphilis de préférence à la tuberculose pour les trois raisons suivantes : 1° les injections de tuberculine ont eu un résultat négatif ; 2° les antécédents familiaux étaient certains ; 3° en six semaines, le traitement spécifique avait fait merveille.

OBSERVATION XIX

(Résumée). F. LAVERGNE et L. PERRIN, internes. Service du professeur FOURNIER

(In. *Ann. de Dermatologie et syphiligraphie* 1883. p. 442 et
In. Th. Ranguedat).

Louis X..., 17 ans, forgeron. Entre à l'hôpital St-Louis le 5 février 1883.

Antécédents héréditaires. Père alcoolique. Mère 24 ans, a contracté la syphilis qui s'est manifestée par des syphilides cutanées, vulvaires, buccales, de l'alopecie, etc... Soignée pendant huit mois par le mercure. Six mois après nouveaux accidents cutanés. Traitement mixte.

Deux ans après sa contamination, elle a eu à terme, un enfant qui mourut à 17 jours avec pemphigus sur les pieds, les mains, des ulcérations aux lèvres et à l'anüs. Depuis elle a eu huit enfants.

L'aîné est notre malade ; des sept autres, un est né avant terme ; trois sont morts à 3 mois avec des éruptions généralisées, intenses surtout aux pieds et aux mains.

Les trois autres sont bien portant.

Antécédents personnels, né à terme, nourri par sa mère ; à 3 semaines boutons sur les fesses, ulcérations anales vite guéries

par le traitement spécifique. Depuis l'enfant est chétif. A 12 ans, accidents strumeux, adénopathies cervicales. A 15 ans douleurs vagues dans les genoux et les jambes.

Etat actuel. Garçon peu robuste, facies terreux, membres grêles.

Oreille gauche. Jamais d'otorrhée, surdité, perforation du tympan qui est épaissi et terne, triangle lumineux absent. En somme signe d'une otite ancienne.

Oreille droite surdité progressive, complète depuis un mois, étourdissements, membrane du tympan épaissie et déprimée.

Le malade n'a jamais souffert des oreilles.

Cornée gauche grisâtre, opacité complète (on voit à peine la pupille), injection conjonctivale, photophobie légère.

Cornée droite : deux néphélions nucléaires sur la cornée.

Dents ; incisives inférieures cuspidées, trilobées ; premières molaires absentes.

Incisives supérieures échancrés, divergentes.

Dents de sagesse absentes.

Articulations. Au niveau des genoux on constate une double hydarthrose datant de cinq mois ; il a commencé par souffrir de ces articulations qui, peu à peu ont augmenté de volume, au point de déformer maintenant tout-à-fait les deux genoux. Ceux-ci, en effet, sans présenter aucune rougeur, aucune trace d'inflammation superficielle, sont le siège d'un épanchement considérable, plus abondant toutefois à gauche qu'à droite. La rotule est fortement soulevée ; les culs-de-sac de la synoviale sont largement distendus.

Les mouvements sont normaux et ne déterminent pas de craquements. Les extrémités articulaires, surtout du côté du fémur, semblent un peu hypertrophiées, et quand le malade est debout, ses genoux se touchent, comme chez les cagneux. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont nuls. Le malade marche tout le jour et ne souffre que lorsqu'on fait exécuter à l'article des mouvements de flexion forcée.

Rien aux viscères.

Facultés intellectuelles peu développées ; facies inintelligent et ahuri, probablement à cause de la surdité.

Etat général bon.

Traitement: (Sirop d'iodure de fer, quatre cuillerées par jour; iodure de potassium quatre gram.) suivi pendant deux mois; ce traitement n'a pas produit d'amélioration bien manifeste.

L'échec du traitement pourrait faire douter de la nature syphilitique des accidents ; mais il ne faudrait pas considérer comme syphilitiques les seules affections qui cèdent au traitement ; la statistique du professeur Augagneur montre en effet qu'il est des sujets absolument réfractaires au traitement ; et tout le monde admet aujourd'hui que certaines manifestations tardives, comme les glossites, sont parfois peu influencées par le mercure et les iodures.

M. Kirrison range à côté des cas Clutton cette observation ; mais c'est plutôt une forme de transition entre l'ydharthrose essentielle et l'ostéo arthropatie, car il y a une très légère hypertrophie des extrémités articulaires.

OBSERVATION XX

(Résumée) ROBINSON.

Enfant soigné d'abord par l'auteur pour une éruption squameuse de nature indéterminée. Sept ans après (à 7 ans 1/2) l'enfant fait une double hydarthrose des genoux qui guérit par le traitement antisiphilitique. Légère récurrence consécutive à l'interruption de la médication et guérison définitive après reprise du traitement.

OBSERVATION XXI

(Inédite).

Gabrielle L..., 13 ans.

Antécédents héréditaires : 1° *Père* âgé de 62 ans, a toujours joui d'une excellente santé; n'accuse aucun symptôme actuel ou antérieur pouvant faire soupçonner la syphilis; il n'est ni rhumatisant ni alcoolique.

2° *Mère* a contracté la syphilis à 18 ans, avant son mariage: accident primitif, indolore, induré, suivi, plusieurs mois après, de syphilides abondantes dans la gorge et que la malade se garde bien de soigner; mais une glossite intense et gênante, accompagnée de leucoplasie linguale la détermina à voir un médecin; en même temps elle était atteinte d'une éruption papuleuse généralisée qui fut suivie d'une alopecie complète: pendant ce temps, en pleine période secondaire, elle accouche à la Charité d'une fille malingre, atteinte de pemphigus aux mains et au pieds et d'une perte de substance au niveau de l'ombilic, mais née à terme. Mère et enfant sont renvoyées à l'Antiquaille; l'enfant mourut à 9 mois. Depuis lors la mère à des douleurs ostéocopes nocturnes; elle a vu survenir, puis disparaître par le traitement spécifique, une exostose sur son tibia gauche, ses genoux ont enflé plusieurs fois. Malgré cela elle se marie à 23 ans, cinq ans après le début de sa maladie. Elle a eu deux fausses couches, l'une à 2 mois 1/2, l'autre à 3 mois; puis survint sa quatrième grossesse menée à terme et qui lui donna sa fille dont l'histoire va suivre; depuis elle a eu un garçon, âgé de 6 ans aujourd'hui, peu développé, malingre à peau terreuse.

Antécédents personnels. Notre malade est née bien constituée, on ne lui constata, dit la mère, ni éruption pemphigoi-de ni ictère; mais elle fut très difficile à élever et atteinte d'un

jetage abondant et constant ; elle mit ses premières dents très tard : elles étaient très petites ; l'enfant était souvent enrhumée et a presque toujours toussé.

Dans son jeune âge elle prend la coqueluche, puis la rougeole. A la suite elle a eu à diverses reprises des éruptions sur tout le corps. Notre malade pendant longtemps est restée petite pour son âge et grandit seulement beaucoup depuis un an. A 10 ans elle eut sur le cuir chevelu une éruption intense accompagnée d'alopecie. En même temps de violents maux d'yeux se déclarèrent ; les deux cornées s'opacifièrent et devinrent pustuleuses ; l'enfant souffrait, n'y voyait plus et, suivant l'expression de sa mère, la couleur de ses yeux était celle « d'un jaune d'œuf battu ; » soignée successivement dans le service de M. Gailleton et de M. Gayet, elle recouvre complètement la vue : depuis ce temps, néanmoins, elle y voit peu de loin et mal le soir.

Jamais d'otite suppurée, mais brusquement, il y a deux mois, elle a été prise de bourdonnements d'oreille intenses et son ouïe s'est affaiblie à partir de cette époque. Depuis longtemps l'enfant se plaint de douleurs spontanées, vagues dans les membres, surtout dans les jambes ; ces douleurs n'ont pas le caractère fulgurant ; elles existent presque journellement et sont exacerbées la nuit ; céphalées parfois intenses, apparaissant vers cinq heures du soir et disparaissant au lever. La petite malade est peu gaie, le travail intellectuel lui est très pénible.

Nous en arrivons maintenant à l'histoire de ses arthropathies ; c'est à 11 ans que son attention fut attirée sur ses genoux ; ses jambes devinrent raides, les deux articulations se gonflèrent, la gauche la première, mais la marche était moins douloureuse que simplement gênée. Le traitement ioduré et mercuriel fit diminuer l'épanchement sans le faire disparaître totalement ; une polyadénite cervicale, formée de ganglions durs régressa en même temps pour ne plus revenir. Les lésions ar-

ticulaires avaient en premier lieu résisté à la révulsion et au repos.

Le 27 mai 1898 elle entre à la Charité, dans le service du docteur Nové-Josserand où nous remplissions les fonctions d'externe ; à ce moment l'arthropatie datait de plus six mois. On constate alors que les genoux sont le siège d'une hydarthrose assez marquée du côté gauche, peu intense à droite, la fluctuation est nette, le choc rotulien facilement senti ; les ligaments semblent peu relâchés. Pas de fongosités, pas de corps étrangers

A l'exploration on ne trouve pas de points douloureux ; pas de gêne marquée dans la marche. Pas d'attitude vicieuse. Nulle augmentation de volume des épiphyses juxta-articulaires.

Diagnostic : hydarthrose hérédosyphilitique.

Traitement : K I et frictions mercurielles, bains sulfureux. La malade sort presque complètement guérie et continue le traitement chez elle pendant assez longtemps ; nouvelle poussée de kératite dans le courant de 1898 après sa sortie de l'hôpital : mais en novembre de la même année l'hydarthrose récidive et l'enfant rentre pour la deuxième fois à la Charité. L'état de ses genoux est à peu près le même qu'à son premier séjour. Cette fois-ci on traite le mal par les injections de calomel (intra-musculaires) ; l'effet produit est des plus rapides, appréciable dès la deuxième injection ; après six injections faites à une semaine d'intervalle, la petite malade sort complètement guérie et ne souffre plus du tout ; les injections caloméliques furent le seul traitement employé.

Après sa sortie du service, tout va bien pendant huit mois, mais, depuis trois mois environ, elle ressent de temps en temps de la gêne dans les genoux et des douleurs spontanées sourdes, des tiraillements dans les jambes.

Nous la revoyons le 8 décembre 1899. A ce moment l'enfant ne se plaint pas de ses genoux, elle revient parce qu'elle souffre

fre un peu au niveau de son articulation tibio-tarsienne gauche, mais on n'y découvre rien d'anormal. En revanche, le coude droit est un peu hydarthrosé. Quant aux articulations fémoro-tibiales, elles sont de nouveau le siège d'un léger épanchement; des deux côtés on perçoit le choc rotulien; à l'exploration aucun point douloureux sur les os voisins; il ne semble pas non plus y avoir d'épaississement des culs-de-sac synoviaux; les tubérosités tibiales et les condyles fémoraux n'ont rien d'anormal comme développement; nulle déformation ou déviation.

Les mouvements spontanés ou provoqués ne sont pas douloureux et intégralement conservés. Mais, pendant leur exécution, la main placée sur le genou, surtout sur le genou droit, ressent des craquements très intenses, perceptibles même à l'ouïe du côté le plus atteint.

La marche se fait sans boiterie; l'enfant traîne seulement un peu les jambes, ses genoux lui semblent raides, mais ne la font point souffrir. La malade ne suit plus son traitement depuis plusieurs mois (K I après sa sortie de l'hôpital).

Cette observation est certainement une des plus complètes et des plus concluantes de celles publiées jusqu'à présent. Les antécédents sont d'une netteté remarquable, puisque la mère avoue avoir eu la syphilis, en outre, elle a eu des fausses couches, elle est atteinte d'une laryngite chronique, de céphalée, de douleurs ostéoscopes nocturnes, elle a eu une exostose sur un tibia. La petite malade a présenté le cortège symptomatique complet de l'hérédosyphilis.

La guérison rapide par le traitement spécifique, alors que les moyens ordinaires avaient échoué, les récidives fréquentes coïncidant avec chaque inter-

ruption du traitement, la guérison à chaque reprise de la médication sont en outre des preuves presque indiscutables de la nature hérédosyphilitique de l'affection. Nous disons presque indiscutables, car on peut nous objecter : qu'est-ce qui prouve que l'enfant n'a pas été infectée directement ? peut-être ne s'agit-il que d'une arthropathie syphilitique ordinaire, nullement héréditaire. Malgré la valeur de cette objection, nous disons qu'elle s'applique à toutes les observations publiées jusqu'ici et tous les auteurs sont unanimes à affirmer la difficulté de savoir souvent s'il s'agit de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise du jeune âge. Tout ce qu'il nous est possible de dire, c'est que nous n'avons trouvé dans les antécédents de notre malade aucun accident primitif, tandis que tous les signes reconnus pour être ceux de la syphilis héréditaire (constitution, habitus, retard dans le développement physique, paresse intellectuelle, lésions oculaires bilatérales et internes, surdité partielle, microdontisme), sont là comme autant « d'estampilles », de l'hérédité spécifique.

Enfin, l'histoire de la maladie maternelle, traitée encore durant la grossesse qui a abouti à la naissance de la malade, les fausses couches antérieures, tout semble bien démontrer que la contagion s'était faite *in utero*.

Cliniquement, c'est là, semble-t-il, le type de l'hydarthrose hérédosyphilitique essentielle ; intégrité de la synoviale, tout au moins apparente. L'observation prouve que la synovite symétrique des deux genoux peut ne pas rester limitée à ces deux seules articu-

lations, comme Clutton semble l'affirmer : tôt ou tard une troisième ou une quatrième articulation est susceptible d'être atteinte.

OBSERVATION XXII

(Résumée). DUMÉNIL, de Rouen.

Ostéo-arthropathie déformante du coude droit.

Th..., 17 ans.

La mère présente des accidents tertiaires graves (gommes, nécroses). La maladie aurait débuté lors de la grossesse dont est né l'enfant en question.

Le malade n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques, mais, quelques temps après sa naissance, la mère a remarqué une déformation singulière du coude droit qui persiste.

Avant-bras droit en pronation, amaigri ; à la partie externe du coude, saillie osseuse située entre l'olécrâne et l'épicondyle. Le sommet de cette saillie suit les mouvements imprimés au radius, mais elle est déjetée en arrière de l'axe de cet os.

Le bord externe de l'humérus se continue aussi plus bas qu'à l'état normal.

Gêne dans les mouvements, mais pas de douleurs.

Il y a trois ans, maladie des yeux qui a guéri spontanément.

Depuis deux ans et demi, exostose du tibia droit au tiers supérieur, peu douloureuse.

OBSERVATION XXIII

(Résumée). MÉRICAMP.

D..., 28 ans.

La mère nie la syphilis ; mais elle a eu une destruction du voile du palais et de la luette survenue dix-huit mois après la

naissance du malade. Troubles cérébraux huit ans plus tard.

Antécédents personnels. A 3 mois, accidents cutanés soit gnés par Trousseau par des bains de sublimé; à 5 ans, affection des deux coudes et de l'épaule droite; à 7 ans, accidents oculaires graves; à 12 ans, affection grave du tibia droit; abcès et ulcération qui met quatre ans à se fermer; à 17 ans, accidents graves du côté des fosses nasales, de la voûte palatine et de la gorge; coryza avec élimination d'esquilles, effondrement du nez, ulcération de la lèvre supérieure, perforation du voile du palais; ces lésions se réparent en deux ans et demi.

Etat actuel. — Membre supérieur droit remarquable par l'arthropatie du coude et par son arrêt d'accroissement.

a) Coude fortement saillant en arrière; la proéminence est formée par une grosse saillie cuboïde formée par la tête du radius; pas de luxation; l'olécrâne est à sa place, en retrait sur la tumeur osseuse.

Il existe de plus une saillie osseuse sur l'humérus au-dessus de l'épitrôchlée; au-dessus de l'hyperostose de la tête radiale se trouve sur l'humérus une autre saillie conoïde.

Indolence de l'articulation.

Flexion complète, mais extension limitée à 160 degrés; attitude habituelle; demie flexion et demie pronation; la demie pronation est constante et irrémédiable: il y a ankylose dans cette position.

b) Arrêt de développement du membre: raccourcissement portant sur tout le bras. Diminution d'épaisseur; la tête de l'humérus est elle-même atrophiée.

L'articulation de l'épaule est libre; tous les mouvements sont possibles, mais avec des craquements; ostéophyte pyramidale sur la face externe de la tête humérale.

Le malade se sert volontiers de son membre droit qui est cependant moins vigoureux que le gauche.

Le coude gauche présente aussi des malformations, mais légères ; dans l'extension le membre fait un angle obtus ouvert en dedans. Au-dessus de l'épicondyle, saillie due à l'augmentation de volume de la tête radiale.

Mouvements de l'articulation radio-humérale normaux.

L'auteur incrimine la syphilis héréditaire dans ce cas en raison des antécédents du malade, de la fréquence des osthéophytes dans la syphilis héréditaire (surtout à l'extrémité inférieure de l'humérus) et de l'indolence.

ÉTUDE CLINIQUE GÉNÉRALE

Pour bien faire l'étude de l'arthropathie hérédosyphilitique, on est obligé de traiter séparément les différentes formes qu'elle peut affecter ; mais à toutes ces variétés sont communes certaines notions cliniques ; c'est par l'exposition de ces notions que nous commencerons.

1^o Ressemblance avec les arthropathies de la syphilis acquise. — Rappelons tout d'abord que les manifestations de l'hérédosyphilis sont tout à fait comparables à celles de la vérole acquise ; ceci est vrai surtout pour les lésions osseuses dont découlent souvent les arthropathies. G. Homolle (Dict. de Méd. et chir. pratiques). signale le fait. Fournier lui-même dit : « La syphilis est une, à tout prendre, qu'elle dérive d'une contamination héréditaire, d'une contagion in utéro ou d'une contagion après la naissance ». Méricamp est de cette opinion, mais pour lui, à l'inverse de la syphilis acquise, la syphilis héréditaire n'admet pas de discipliné, ne connaît pas de chronologie dans l'ordre et la succession des accidents. Defontaine dit

même de la syphilis acquise : « ses périodes sont artificiellement tracées , nous ne saurions admettre de ligne de démarcation entre la syphilis articulaire des périodes secondaire et tertiaire ». De ce qui précède, et ces idées sont tirées des faits, il résulte qu'on pourrait légitimement réunir dans une même étude les observations de la syphilis articulaire acquise et celles de la syphilis articulaire héréditaire ; mais tel n'est pas notre but. Cette analogie explique aussi comment on peut trouver, à la période tardive de l'hérédo-syphilis des cas d'hydarthrose essentielle, comme on en trouve dans les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis acquise. M. Defontaine a en effet montré qu'il peut exister des cas d'hydarthrose syphilitique : tels sont ceux de Taylor et de Verneuil ; il ne distingue pas une hydarthrose secondaire et une hydarthrose tertiaire, mais admet simplement « une seule et même hydarthrose syphilitique ».

2^o Notions étiologiques et pathogéniques.

A. — Causes prédisposantes. — (a) Siège.

Sur 212 cas de syphilis héréditaire relevés par M. le professeur Fournier, on compte :

Affections oculaires	101
» osseuses	82
» cutanées	53
» »	»
Arthropathies	5

Les affections osseuses, on le voit, sont donc très fréquentes, tandis que les manifestations articulaires sont au contraire très rares, devons-nous en conclure que les lésions articulaires ne sont jamais liées aux

lésions osseuses, ce n'est pas notre avis, car si l'on consulte une autre statistique du même auteur, on trouve :

Le tibia intéressé.....	91 fois
Le cubitus intéressé.....	22 »
Le radius »	15 »
L'humérus »	12 »
Le fémur »	8 »
Le péroné »	4 »
La clavicule »	5 »
Les orteils, doigts intéressés...	20 »

Or, les articulations le plus souvent frappées par l'hérédo-syphilis sont précisément les grandes articulations, celles qui correspondent aux os qui sont le plus souvent atteints par cette maladie ; ce sont en effet, par ordre décroissant, le genou, le coude, la hanche, l'épaule, la clavicule. Il semble donc bien y avoir une certaine relation entre les arthropathies et les ostéopathies syphilitiques ; elles siègent donc au niveau des jointures qui avoisinent les segments osseux où le développement est le plus intense, et par là elle vérifient une fois de plus cette loi émise par M le professeur Ollier : « l'extrémité d'élection pour l'accroissement de l'os est aussi l'extrémité d'élection pour les lésions pathologiques ».

On peut expliquer le siège de prédilection de l'inflammation des os dans l'enfance, parce qu'il existe une différence fondamentale entre le mode de développement des os et celui des autres parties de l'organisme. Ces dernières, en effet, se développent par une véritable prolifération et une expansion de toutes les parties qui

les constituent. Dans les os, au contraire, l'augmentation de volume se fait par le dépôt de couches nouvelles qui viennent se déposer sur des couches déjà formées et dures (développement par apposition). La distribution des vaisseaux destinés à la nutrition de l'os en voie de développement doit donc présenter des caractères tout particuliers et se porter surtout vers des points limités, en voie de développement. Il résulte de là que si, pendant la période de développement, un sujet est soumis à une cause capable d'enflammer les parois vasculaires et les tissus traversés par ces vaisseaux, le processus inflammatoire se portera de préférence vers les extrémités osseuses, au niveau desquelles le développement est le plus intense. Le virus syphilitique semble jouer ce rôle et, entraîné dans le sang du fœtus ou de l'enfant, provoque au niveau des extrémités osseuses des phénomènes d'irritation. Il est analogue à en cela à toutes les causes inflammatoires en général, et en particulier à celle qui produit les lésions rachitiques ; cela ne veut pas dire néanmoins que syphilis et rachitisme sont une seule et même chose, comme l'a soutenu Parrot. Nous avons donc l'explication de la fréquence des lésions osseuses périostiques et juxta-articulaires surtout. Il paraît en outre naturel que le processus pathologique, au lieu de s'en tenir à l'os seul, ait un retentissement de voisinage sur l'articulation contiguë. Du reste « les arthropathies, dit M. Fournier, ne sont guère que des épiphénomènes des lésions osseuses des épiphyses ou d'autres lésions juxta-articulaires ». Nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi. Et alors l'auteur

explique la différence énorme qui existe entre le chiffre des affections osseuses (82), et celui des arthropathies (5), dans sa statistique; il dit : « entreprendre aujourd'hui une description didactique des affections articulaires que réalise la syphilis héréditaire tardive serait faire œuvre stérile et prématurée; vu le petit nombre de documents précis, authentiques, absolument irréfutables, dont nous disposons encore ».

b) *Age*. — Les notions étiologiques tirées de l'âge découlent en quelque sorte de ce que nous venons de dire : c'est à l'époque de la croissance que se montrent le plus souvent l'arthrosiphilose héréditaire; c'est vers 12 ans; c'est à ce moment, semble-t-il que l'élément infectieux a le plus de prise sur des tissus en voie de développement rapide. L'enfant sain ressent en effet souvent à cette époque des douleurs articulaires et ses jointures, par simple hyperhémie nutritive et fonctionnelle, peuvent même être atteintes d'hydarthrose : à plus forte raison, chez un syphilitique héréditaire, est-il naturel de voir, tout au moins à l'époque de la suractivité pluriologique de son développement, des manifestations articulaires, du virus syphilitique. La rareté du fait est même surprenante, étant donnée l'histogénèse surabondante qui se développe maxima dans les régions juxta-articulaires; car à la moindre résistance, probable chez un sujet normal, de cellules en voie de développement rapide, vient s'ajouter, chez un hérédo-syphilitique l'influence dystrophique certaine du virus dont il est porteur. Et la preuve que ces arthropathies sont bien dues à la croissance, c'est qu'à partir de l'âge où celle-ci est terminée, on n'en cite aucune observa-

tion, ou des observations plus que douteuses. De plus on sait que dans le jeune âge, les membres, surtout les membres inférieurs, sont peu développés par rapport au reste de l'organisme et fournissent peu de travail ; or, les statistique prouvent que tant que les membres sont pour ainsi dire dans cet état de sommeil hystogénétique et fonctionnel, les arthropathies hérédosyphilitiques sont très rares. On a donc bien fait de rattacher ces manifestations articulaires à la *syphilis héréditaire tardive*, autrement dit à « l'ensemble des accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire généralement au cours de la deuxième enfance ». (Fournier : la syphilis héréditaire tardive). Pour préciser, d'après les statistiques de Fournier, l'invasion des accidents se fait surtout de 6 à 12 ans ; à partir de 18 ans, la fréquence diminue subitement et même il s'agit ordinairement d'accidents récidivants. Nous verrons plus loin que les arthropathies précoces de la syphilis héréditaire, celles qui surviennent plus ou moins rapidement après la naissance, sont souvent des lésions suppuratives, dues à des infections associées, et par conséquent sont des lésions entachées de complications et non purement syphilitiques.

c) *Sexe*. — Il paraît avoir une importance minime, et si les garçons, d'après les statistiques, sont un peu plus exposés, c'est probablement grâce à leur turbulence et aux traumatismes généralement plus nombreux auxquels ils sont sujets.

B. — *Causes déterminantes*. — Elles sont assez

obscurès, mais d'après ce que nous venons de dire, le *traumatisme*, la *fatigue prolongée* n'y seraient peut-être pas étrangers ; pourquoi, d'ailleurs n'agirait-il pas comme dans les ostéo-myélites et les arthrites tuberculeuses ? (voir son rôle dans l'obs. I, de Dureuil, pour la formation de l'hyperostose). L'action de l'humidité, des mauvaises conditions hygiéniques sur l'organisme tout entier doivent également le placer dans un état de résistance moindre vis-à-vis de la syphilis, comme vis-à-vis des influences pathologiques si nombreuses qui peuvent l'assaillir.

3° **Multiplicité.** — Un fait à signaler c'est que, chez le même sujet, plusieurs articulations se trouvent souvent atteintes — (par exemple, chez notre malade (obs. XXI), les 2 genoux, le coude droit étaient hydarthrosés, et la tibiotarsienne gauche était douloureuse).

4° **Indolence fonctionnelle.** — C'est là un des signes les plus caractéristiques et les plus constants. Si la région malade est quelquefois un peu douloureuse à la palpation, il peut exister aussi des douleurs spontanées qui ne sont pas rares mais, qui ne sont pas à proprement parler, des douleurs ostéocopes nocturnes véritables ; elles peuvent bien présenter une certaine exacerbation nocturne, mais au lieu de sillonner en traits de feu les os des jambes, au lieu d'être térébrantes, elles sont beaucoup moins intenses, plus sourdes, elles existent en permanence, restent mal délimitées et n'ont qu'un caractère vague, indéterminé, que le malade ne sait définir ; en revanche, la douleur fonctionnelle est nulle ou à peu près. L'indolence a été signalée dans l'arthropathie acquise par tous ceux qui se sont occupés

de cette affection et, bien avant la description de Richet (Acad. de Méd. 1853. t. XVII p. 37), Chomel écrivait qu'il existe une arthropathie syphilitique qui se distingue du rhumatisme chronique « par la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable ». La plupart des auteurs qui ont étudié les arthropathies héréditaires signalent également ce signe. Si c'est le membre inférieur qui est pris, le malade se présente généralement à la consultation avec une légère boiterie, mais il marche et court même sans douleur. Dans l'observation I (de Dureuil), l'enfant continue à marcher et à jouer, malgré l'augmentation de volume de son genou. Dans l'observation XIII, de Kirmisson, l'enfant marchait et jouait sans douleur, une claudication légère était le seul signe appréciable. Ainsi se passent les choses chez notre malade (obs. XXI) et dans la plupart des cas que nous relatons. Sonnenburg raconte qu'il a soigné les enfants d'anciens soldats d'Algérie qui avaient eu la syphilis et que ces enfants présentaient souvent des arthropathies indolentes au point que le diagnostic de syphilis était parfois fait grâce à ce signe (Berliner medic. Gesell. 25 juin 1884. — Berl. Klin Wochenschr. 1884). Si l'on fait mouvoir le membre du malade, on constate que tous les mouvements sont possibles sans douleur.

5° **Absence de phénomènes généraux.** — L'arthropathie héredo-syphilitique non compliquée évolue toujours sans peine et sans phénomènes généraux. Peut-être s'en produit-il au début de l'affection, avant que l'attention soit attirée sur la lésion articulaire, mais la chose n'a pas été signalée.

6° Evolution. — De l'exposé qui précède, il résulte que l'arthropathie débute la plupart du temps d'une façon insidieuse. La marche générale de l'affection a été nettement mise en relief par M. Kirmisson dans l'exemple général suivant : « Si l'affection siège au genou (cas habituel) le premier symptôme est ordinairement la claudication. Parfois celle-ci est précédée ou accompagnée de douleurs nocturnes paroxystiques. On examine la jointure et on la trouve gonflée. On amène alors le petit malade à un médecin qui ordonne, suivant le cas, le repos, les frictions, le salicylate ou l'immobilisation dans un plâtre. Mais l'arthropathie a peu de tendance à guérir spontanément, même par le repos : aussi le malade ne retire-t-il du traitement prescrit aucun bénéfice ou seulement une amélioration transitoire. Alors, ou bien il renonce à faire soigner sa jointure dont il ne souffre pas et l'arthropathie reste le plus souvent stationnaire, ou bien il continue à consulter ; alors presque toujours on finit par faire le diagnostic de tumeur blanche et le malade est soumis à une immobilisation prolongée, aux pointes de feu profondes, quand il a le bonheur de ne pas rencontrer un chirurgien audacieux qui propose une intervention chirurgicale ».

7° Influence du traitement spécifique. — Si au contraire, la nature, de la maladie est soupçonnée et que l'on soumet le malade au traitement antisypilitique, on voit, comme par enchantement, et mieux que dans n'importe quelle autre manifestation de l'hérédo-syphilis, les signes fonctionnels et physiques disparaître et survenir la guérison complète. Les observa-

tions de Dureuil, Güterbock, Robinson, Clutton, Kir-misson et les nôtres démontrent avec la plus grande évidence cette heureuse influence du traitement. D'où il résulte que les cas où le traitement est sans aucune influence (obs. XIX, de Rauguedat), doivent être considérés comme n'étant peut-être pas de nature syphilitique; nous y reviendrons à propos du diagnostic.

8° **Durée.** — La durée de l'affection est donc essentiellement liée à l'application du traitement; mais nous devons dire dès à présent que celui-ci, pour avoir une action complète, doit être appliqué à temps, surtout pour les formes osseuses. Si la médication appropriée fait défaut, par le fait d'une erreur de diagnostic, l'arthropathie risque d'avoir une durée indéterminée qui sera toujours de plusieurs mois ou de plusieurs années; malgré cette marche chronique avant tout, certains auteurs soutiennent qu'elle peut guérir spontanément, mais ce n'est probablement vrai que dans les cas où elle revêt la forme d'hyarthrose pure: car alors il n'y a pas de lésions organiques; du reste, nous l'avons dit plus haut, les autres variétés de date trop ancienne, ne cèdent même que très difficilement au traitement.

9° **Pronostic.** — **Terminaison.** — Le pronostic est en général bénin, puisque le médecin est puissamment armé contre des lésions paraissant souvent énormes.

La terminaison peut en effet être la résolution complète à condition de ne pas se tromper de diagnostic, par conséquent de traitement. L'ankylose, fréquente, suivant les uns, exceptionnelle suivant les autres, dans

l'arthropathie de la syphilis acquise, n'a jamais été constatée dans la syphilis héréditaire; mais il faut faire cette remarque que « s'il est des arthropathies héréditaires qui s'ankylosent, ce sont précisément celles qui sont méconnues et non traitées. — Enfin l'arthropathie peut vraisemblablement se compliquer d'une infection secondaire (tuberculose blennorrhagie, ostéo-myélite, arthrites suppurées, etc.), appelée par la lésion antérieure de l'articulation, c'est à cela que correspondraient, nous le verrons, les formes aiguës, suppurées de l'arthropathie hérédo-syphilitique, mais alors la lésion syphilitique n'est qu'au second plan, ce n'est plus une lésion purement syphilitique :

Les complications sont donc très restreintes.

Mais néanmoins le pronostic est plus ou moins lié à la forme de l'arthropathie, il l'est davantage au traitement et à l'époque de son application, il dépend aussi de l'état général du sujet. Nous insistons donc sur la longue durée des accidents et sur le nombre des récidives : c'est à 18 ans, chez le malade de Braquehay (obs. XVI), qu'est apparue la première manifestation franchement articulaire, puis pendant plus de 10 ans il a de nouvelles poussées durant lesquelles ses deux genoux se prennent successivement. Un malade de Méricamp avait eu, à 5 ans sa première manifestation articulaire ; à 28 ans l'arthropathie avait récidivé.

Le diagnostic et le traitement sont assez importants pour faire le sujet d'un chapitre spécial. C'est par leur exposé que nous terminerons, après la description des formes, notre étude des arthropathies hérédo-syphilitiques.

FORMES CLINIQUES

Et d'abord peut-on faire de l'arthralgie et de l'hydarthrose des formes principales d'arthropathie? Nous ne le croyons pas pour l'arthralgie; celle-ci, en effet, ne paraît être qu'un symptôme lié, pendant la période secondaire de la syphilis acquise ou dans la syphilis héréditaire précoce, à des lésions qui semblent avoir leur siège dans les tissus fibreux, les expansions tendineuses ou les articulations elles-mêmes. Si nous avons affaire à la syphilis tertiaire acquise ou à la syphilis héréditaire tardive, l'arthralgie signale alors l'apparition d'un syphilôme dans le tissu sous-séreux ou dans le périoste des extrémités osseuses, ou au sein de la substance osseuse elle-même; cette forme serait caractérisée par une sensibilité douloureuse des articulations, sans rougeur ni chaleur; sa guérison rapide par le traitement spécifique vient de ce que l'on agit sur une lésion tout à fait commençante.

Quant à l'hydarthrose, beaucoup d'auteurs la considèrent comme un phénomène toujours secondaire; elle n'aurait pas d'autre intérêt que celui qui s'attache à un signe permettant de soupçonner la lésion qui en est la cause. Le professeur Richet croit que la syphilis

peut à elle seule déterminer l'apparition de synovites articulaires chez des individus nullement scrofuleux. Ricord ne croit pas à la synovite syphilitique. Sanceaux découvre dans une autopsie l'infiltration gommeuse péri-synoviale, laquelle peut être cause d'un épanchement intra-articulaire. Bouilly nie franchement l'hydarthrose, dans sa thèse d'agrégation (1878), il admet les idées de Lancereaux; pour lui l'épanchement n'est nullement le fait d'une inflammation de la synoviale, mais « d'une irritation sécrétoire, par simple contact de produits gommeux disposés autour de la synoviale; les dépôts gommeux peuvent agir directement, comme il est dit plus haut, ou indirectement en amenant par simple contact des modifications périostiques qui retentissent à leur tour sur la synoviale; mais le périoste peut être atteint primitivement par la syphilis, sans l'intermédiaire des dépôts gommeux voisins; de son altération peut résulter encore un épanchement articulaire par irritation sécrétoire de la synoviale, mais toujours sans arthrite ». Pour Defontaine, les épanchements synoviaux purs, l'hydarthrose essentielle dans l'hérédosyphilis ne seraient qu'un mythe, un simple témoin réactionnel d'une lésion péri-articulaire; mêmes idées dans la thèse de Danjou. Fournier n'est guère moins affirmatif: « de près on voit que cette hydarthrose ne fait en réalité que masquer des tuméfactions osseuses dont elle ne constitue en réalité qu'un épiphénomène, une conséquence..., on voit la grosse lésion, l'hydarthrose, et l'on risque, sauf à un examen minutieux, de ne pas voir la lésion véritable, à savoir la lésion osseuse qui, de fait, est beau-

coup moins apparente ». Cependant, n'ayant jamais vu la forme décrite par Clutton, il a soin d'ajouter : « on a signalé la possibilité d'hydarthroses essentielles en tant que manifestations d'hérédo-syphilis ». A l'époque où Fournier écrivait ces lignes, Clutton, en effet, a trouvé des cas d'hydarthrose essentielle assez probants ; son mémoire en contient onze, nous l'admettons donc, d'autant plus que notre observation (Obs. XXI) en est pour nous un exemple indéniable.

Mais, au fait, pourquoi nier la possibilité de la chose ?

Nous savons bien que la syphilis est avant tout une maladie sclérosante, portant son action sur le tissu fibro-conjonctif, propre par conséquent à former des proliférations irritantes, des gommès autour des articulations où ce tissu est abondamment distribué ; il est indéniable aussi que le tissu osseux, dérivé du reste du tissu conjonctif, est affectionné par le processus spécifique et que ses lésions retentissent souvent sur les articulations. Mais, en revanche, si le virus spécifique est capable de donner des arthro-synovites pures dans la période secondaire de la syphilis acquise (rhumatisme syphilitique) et dans la syphilis héréditaire précoce, nous ne voyons pas pourquoi, dans la syphilis héréditaire tardive, c'est-à-dire hors des périodes virulentes proprement dites, et une fois atténué, il serait impuissant à produire une forme atténuée de cette manifestation uniquement synoviale, forme qui serait représentée par l'hydarthrose pure, essentielle ; ceci d'autant plus que « la syphilis est une » et que ses périodes sont artificiellement tracées.

Sans doute, dans tous ces cas, on pourrait supposer que les extrémités osseuses sont malades et que l'hydarthrose n'est que la conséquence de cette altération, mais cette supposition serait tout à fait gratuite, puisque souvent on ne constate objectivement rien qui permette de songer à une pareille lésion. Pourquoi d'ailleurs refuser à la syphilis, qui touche à tous les tissus, le pouvoir d'altérer la synoviale. Il est plus logique d'accepter des faits authentiques bien étudiés que de se retrancher derrière des hypothèses. Nous admettons donc l'hydarthrose essentielle, tout en avouant que, d'après la nature sclérosante de la syphilis héréditaire tardive, l'épanchement doit être le plus souvent dû à une irritation par lésion de voisinage d'origine osseuse ou péri-articulaire.

Faut-il admettre une forme aiguë, suppurative? Plusieurs auteurs le pensent. Pour Parot, il existerait alors les lésions suivantes : « on trouve dans la jointure une quantité variable de liquide; la qualité de celui-ci est également variable : c'est tantôt une synovie louche ou bien c'est un liquide jaune très épais, purulent. Les cartilages sont altérés, de coloration jaune ambrée et plus ou moins profondément ramollis. La synoviale est rouge, injectée; cette arthrite entraîne souvent des lésions de voisinage; on trouve dans le tissu péri-articulaire, dans les muscles, sous la peau des foyers purulents qui peuvent être en communication directe avec le pus intra-articulaire. Cette arthrite offre quelque ressemblance avec celle qui complique souvent l'érysipèle des nouveau-nés ». On pourrait ajouter qu'elle est tout à fait analogue à celles qu'on observe aussi

dans certaines maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.) ; or, il est parfaitement établi que les arthrites purulentes sont dues, dans ces cas, aux microbes associés ; il en est probablement de même pour la syphilis. Adersen (Hospitilstidende, 31 janv. 1894) a étudié la chose sur 40 cas survenus chez des enfants du premier âge et il aboutit à cette conclusion que la suppuration du cartilage et la pyarthrose sont des phénomènes secondaires, surajoutés ; la suppuration ne serait pas un phénomène syphilitique, mais un phénomène survenu en second lieu et devenu prépondérant ; on n'est plus alors en face d'une arthropathie syphilitique pure à proprement parler, mais d'une arthrite suppurée banale. Du reste, d'après la description qu'en donne Somma (Giornale internaz. delle sc. medec. 1882), il y a de la douleur, de la rougeur, du gonflement, de la fièvre, tous signes d'une inflammation banale et non caractéristique de la syphilis. Pour Imbert, de Montpellier (Gaz. Hôp., 18 fév. 1899), l'arthropathie hérédo-syphilitique ne comprend pas de formes aiguës, mais seulement des lésions à évolution chronique. Kirmisson et Jacobson (Revue d'orthopédie 1897) concluent, comme Imbert, que « l'existence d'une forme aiguë primitive de l'arthropathie hérédo-syphilitique n'est pas démontrée, et si celle-ci peut suppurer, cette suppuration est sans doute une complication qui n'a rien à faire avec l'hérédo-syphilis ». De ce qu'un enfant est atteint de cette maladie, on n'est pas autorisé à attribuer à celle-ci toutes les affections dont il est porteur. Hueter déclare aussi que la suppuration est peut être due à des cir-

constances surajoutées, mais il admet néanmoins les formes aiguës, s'accordant ainsi avec Max Schuller et Somma. Mais, comme le dit Kirmisson, dans les faits cités par ces auteurs « on a l'impression qu'il s'agit soit de la maladie de Parot, soit d'arthrites suppurées et que l'arthrite intervient comme complication dans le cours d'une arthropathie spécifique » ; il se peut du reste fort bien que la syphilis des extrémités articulaires crée dans l'articulation voisine une prédisposition aux infections ultérieures et Parrot a signalé, dans la maladie qui porte son nom, des arthrites compliquant l'ostéo-chondrite syphilitique.

Les faits d'arthropathie aiguë hérédo-syphilitique sont donc très mal connus et trop peu nombreux pour nécessiter la création d'une catégorie spéciale, et sans les nier formellement, nous restreindrons notre étude aux trois variétés proposées par MM. Kirmisson et Jacobson :

- 1^o L'Ostéo-arthropathie simple ;
- 2^o L'Hydarthrose double ;
- 3^o L'Ostéo-arthropathie déformante.

1^{re} forme. — **Ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique chronique.** — De toutes les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire, cette forme est de beaucoup la plus commune ; la plupart des observations que nous rapportons en sont des exemples.

Pour Güterbock, il y aurait sur 300 hérédo-syphilitique, âgés de moins de 5 ans, un cas d'arthropathie, mais il tient compte, dans sa statistique, des cas de pseudo-paralysie qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude

Cette forme, essentiellement chronique, correspond presque point pour point à l'ostéo-arthropathie acquise décrite chez l'adulte sous le nom de « pseudo-tumeur blanche syphilitique » ou de tumeur blanche syphilitique.

Le siège de l'affection est variable ; elle a une prédilection marquée pour certaines articulations : par ordre de décroissance, le genou, le coude, l'articulation sterno-claviculaire, le coup-de-pied, l'épaule, la hanche, c'est donc le genou qui est pris le plus souvent, il en est ainsi dans l'Observation XIII (de Kirmisson), dans la plupart de celles de Robinson, dans l'Observation I (de Dureuil) et dans les deux Observations de Güterbock, etc.

L'âge des malades est variable : 2 mois, 6 mois (Güterbock), 27 mois (Obs. XIV), 4 ans 1/2 (Obs. XIII), 11 ans (Dureuil, Obs. I).

Le début est essentiellement insidieux ; mais arrive un moment où la symptomatologie est ordinairement assez nette pour qu'il soit possible d'en faire le diagnostic.

Signes cardinaux. — C'est qu'en effet les symptômes fondamentaux, à peu près constants ne sont qu'au nombre de deux ; l'un est positif, c'est l'augmentation des extrémités osseuses limité à l'épiphyse ou s'étendant plus ou moins loin sur la diaphyse ; le deuxième est négatif, c'est l'absence de douleur fonctionnelle.

A. — *Indolence fonctionnelle.* — Nous l'avons suffisamment décrite à propos des signes communs à toutes les formes d'arthropathie héréditaire pour ne pas y

revenir à propos de chacune en particulier. Nous ajouterons seulement, pour celle qui nous occupe, que le contraste de cette indolence remarquable dans tous les mouvements, coïncidant avec une déformation souvent volumineuse de la région articulaire, est le meilleur signe de l'arthropathie syphilitique; elle existe même quand il y a des douleurs spontanées ou à la palpation.

B. — *Augmentation de volume des extrémités osseuses.* — Ce signe est aussi constant que le précédent, mais peut être plus ou moins accentué; s'il est peu marqué, le type de l'arthropathie se rapproche de celui de l'hydarthrose essentielle, s'il est énorme, on peut avoir une déformation rappelant celle de l'arthropathie déformante; mais ici l'hyperostose conserve une certaine régularité de configuration générale. Tous les os de la jointure y participent mais en des proportions variables. Dans l'observation V (de Güterbock), le gonflement du coude est dû principalement à l'hypertrophie des extrémités cubitale et radiale, le membre est dans l'attitude d'une subluxation du coude en arrière. L'hypertrophie des épiphyses se retrouve dans les 3 observations de Dureuil qui peut écrire : « la pseudo-tumeur blanche syphilitique a comme caractère essentiel d'être une hyperostose occupant, sur une étendue plus ou moins considérable, les extrémités des os qui concourent à former l'articulation ». Le gonflement peut se cantonner à l'épiphyse, mais souvent il se continue plus ou moins loin sur la diaphyse; il s'étend alors suivant l'une des crêtes osseuses normales (crête du tibia, dans l'obs. IV de Güterbock), ou bien encore l'os est augmenté de volume non pas seu-

lement au niveau de la crête, mais sur tout son périmètre, dans toute l'épaisseur de la diaphyse et ceci sur une longueur variable. Le gonflement, au lieu de s'atténuer progressivement en s'éloignant de l'épiphyse, se termine au contraire par une transition presque brusque, en bourrelet; il est dur au toucher qui révèle parfois une légère douleur. L'aspect de « tumeur blanche » existe souvent et surtout lorsque la région articulaire est augmentée dans son ensemble; c'est qu'alors il y a un épanchement; mais l'hydarthrose disparaît-elle, sous l'influence du traitement par exemple, on peut se rendre compte que le gonflement était dû avant tout à l'hypertrophie des extrémités osseuses.

Signes accessoires. — L'*épanchement articulaire*, très fréquent il est vrai; n'est en effet qu'un signe secondaire dans l'ostéo-arthropathie chronique; il ne faudrait pas, dans le cas où il est, prédominant, confondre cette forme avec l'hydarthrose syphilitique essentielle que nous étudierons plus loin. Il est en général modéré, il peut subir des fluctuations très grandes, disparaître et reparaître, ou même ne jamais se montrer; quelquefois il survient très tardivement; mais qu'il existe ou non, l'allure générale de la maladie n'en est pas modifiée. Son abondance semble souvent proportionnelle au degré de l'hyperostose; il ne manque jamais quand la tuméfaction a acquis un volume notable; le traitement le fait disparaître en même temps que les tuméfactions osseuses. L'articulation hydarthrosée se place généralement, pendant le repos, en demi-flexion; mais cette attitude est vaincue facilement et rend impossible aucun mouvement.

C'est probablement à la gêne circulatoire occasionnée par l'hyperostose et l'hydarthrose surtout qu'est dûe, chez quelques malades, l'existence, au niveau de la jointure atteinte, d'un *réseau veineux superficiel* assez développé, analogue à celui qui se développe, dans l'ascite, sur la paroi abdominale.

Les épaisissements localisés de la synoviale sont, pour les auteurs, d'une assez grande valeur diagnostique et si l'épaississement total de la séreuse, qui est fréquent, peut-être pris en considération, il n'a pas l'importance des « blindages » partiels. Ceux-ci affectionnent particulièrement les points de réflexion de la synoviale ; le fait a été remarqué surtout pour le cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou ; ils peuvent atteindre une consistance notable, mais disparaissent sous l'influence du traitement.

Signalons, pour terminer, l'*atrophie musculaire*, qui se produit d'ailleurs dans toutes les arthropathies au bout d'un certain temps ; elle est plus marquée au-dessus de l'articulation. Quelquefois même survient un arrêt d'accroissement du membre ; mais les mouvements restent possibles et jamais il n'y a d'ankylose.

L'évolution se fait sans fracas, sans phénomènes généraux.

Pour ce qui est de l'influence du traitement, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit à propos de l'arthropathie syphilitique héréditaire en général.

2^e forme. — **Hydarthrose double syphilitique héréditaire.** — Cette forme a été étudiée principalement par Clutton dans son mémoire (Symmetrical syno-

vitis of the Knee in hereditary syphilis. The Lancet 27 février 1886). Nous lui emprunterons les éléments de notre description, en nous appuyant aussi sur notre observation (obs. XXI) que nous croyons typique. Clutton en a observé avec soin 7 cas ; les 4 autres de son mémoire lui ont été communiqués par les docteurs Nettleship et Lausford ; MM. Lavergne et Perrin, internes dans le service de M Fournier ont rapporté un cas publié dans la thèse de Ranguedat et que M. Kirrison classe parmi les hydarthroses pures ; celui que nous fournissons ferait le 13^e publié. C'est donc un accident relativement rare.

L'âge moyen des malades est de 12 ans. Là, encore le début est excessivement lent, l'évolution chronique.

Les caractères les plus importants de cette affection sont :

A. — *L'hydarthrose double.* — La symétrie, en effet, est un signe capital de cette lésion ; c'est elle qui fit soupçonner à Clutton que l'hydarthrose double pourrait bien être de cause diathésique et il découvrit très facilement que les malades étaient atteints de syphilis héréditaire. Certes la goutte, le rhumatisme, la blennorrhagie peuvent bien produire des synovites symétriques, mais jamais, d'après Clutton, ces maladies n'affectent les deux genoux à l'exclusion de toute autre articulation. Dans tous les cas où il a trouvé les 2 genoux remplis de liquide et à peine douloureux, pris à la fois et à l'exclusion de toute autre jointure, le sujet frappé était un syphilitique héréditaire. Néanmoins quelques cas très rares font exception à la règle : chez notre malade, par exemple, le coude droit et légèrement

tuméfié et il y a des douleurs dans les 2 tibio-tarsiennes; mais dans un seul des 11 cas de Clutton, un examen attentif a montré qu'au début les 2 tibio-tarsiennes avaient été tuméfiées. La symétrie exclusive aux deux genoux n'est donc pas absolue, malgré sa grande fréquence. Quoiqu'il en soit l'affection siège toujours aux genoux et dans les cas où elle attaque en même temps d'autres jointures, les articulations fémoro-tibiales sont les plus atteintes. Elles le sont en général l'une après l'autre, comme chez notre malade; dans un cas de Clutton l'un des genoux a été pris 2 ans après l'autre. Les malades ne se plaignent ordinairement que d'un peu de raideur dans un genou où l'on constate manifestement à l'exploration la présence de liquide, mais jamais l'hydarthrose « ne donne la sensation d'une tumeur tendue ». Si l'on examine avec soin l'autre genou, on trouve également un certain degré d'hydarthrose moins prononcé que du côté qui a donné l'éveil. Il est donc incontestable que les articulations sont déjà atteintes depuis un certain temps avant qu'aucun symptôme de gêne ne se déclare.

Dans peu de cas la synoviale était épaissie et c'était dans les cas anciens; chez la plupart de ces sujets la tuméfaction semblait surtout produite par l'épanchement; c'est ce qui existe pour notre petite malade; chez elle, après 2 ans d'existence, l'hydarthrose n'a pas abouti à un épaississement des culs-de-sac appréciable à la palpation; dans les cas où il existe, il semble secondaire à l'épanchement et il est uniforme, contrairement à ce qui arrive dans la forme précédente où il est surtout localisé et par cela même probablement primitif.

B.—*L'indolence fonctionnelle.*— Comme dans la forme précédente, les mouvements passifs ou actifs ne provoquent pas de phénomènes douloureux. L'affection est par conséquent négligée par la plupart des malades parce qu'ils ne souffrent pas et parce que « cela ne les gêne plus en rien ». Ils s'y habituent et n'y pensent plus ; souvent ce ne sont pas eux qui révèlent leurs hydarthroses et on les découvre en pratiquant l'examen complet du malade qui est venu consulter pour une affection tout autre. Il marche sans beaucoup de difficulté, il vient à pied à l'hôpital sans souffrir ; on peut presser sur l'interligne articulaire, on peut imprimer des mouvements sans provoquer la moindre douleur : l'articulation est, pour ainsi dire indifférente et à toute l'étendue de ses mouvements. Point d'attitude fixe, point de contractures, point d'empâtement, point de rougeur, point de chaleur, point de modifications de la peau.

C. — *Le volume normal des extrémités osseuses.* — Cette intégrité est tout au moins apparente ; dans notre observation elle semble des plus nettes.

D. — *L'influence du traitement antisypilitique.* — Il produit le même effet que celui que nous lui avons assigné dans toutes les formes de l'arthropathie hérédosyphilitique. La guérison est généralement rapide et complète, bien que les médicaments spécifiques n'aient pas, d'après Clutton, dans la syphilis héréditaire, la même influence que dans la syphilis acquise. Le repos au lit et les divers appareils d'immobilisation semblent n'avoir aucune action efficace.

E. — *Co-existence presque constante de la kératite*

interstitielle. — Sur les 11 cas de Clutton, 9 malades avaient de la kératite interstitielle en évolution et un des deux autres portait sur sa cornée des traces indélébiles d'une kératite antérieure ; 5 avaient les dents caractéristiques de la syphilis héréditaire, 4 avaient des nodosités sur les tibias, 2 étaient atteints d'une surdité absolue d'origine récente.

En somme, chacun des 11 malades présentait des signes importants de syphilis héréditaire ; cependant il faut bien avouer que dans 2 des cas seulement du mémoire de Clutton la syphilis était notée d'une façon positive chez les parents ; elle est des plus nettes dans le cas que nous rapportons.

Mais Clutton insiste sur ce fait qu'avec l'hydarthrose double, plus qu'avec les autres formes d'arthropathie hérédo-syphilitique, coïncide presque toujours une kératite interstitielle ; c'est le cas pour notre malade. La réciproque n'est pas vraie, c'est-à-dire que sur tous les cas de kératite interstitielle il y a rarement coïncidence de l'hydarthrose double ; c'est ce qui résulte des statistiques que Gaudar publie dans sa thèse (Lyon 1893). Sur 102 cas de cette kératite, il n'a trouvé qu'un cas d'hydarthrose double des 2 genoux ; la malade, une fillette de 12 ans, avait les 2 yeux atteints de kératite parenchymateuse, cette lésion, ainsi que celle des genoux (indolente et chronique) avait guéri par le traitement spécifique ; quant aux parents c'étaient des syphilitiques avérés et il y avait eu de la poly th alit  infantile dans la famille. L'observation n'ayant pas été prise dans le sens de l'arthropathie, nous ne la mettrons pas au nombre de celles que nous rap-

portons ; mais d'après ce simple aperçu, elle semble bien rentrer dans le cadre de la double hydarthrose syphilitique héréditaire. — Il n'y aurait donc, d'après la statistique de Gaudar, qu'un cas d'hydarthrose double pour 100 cas de kératite parenchymateuse, tandis que sur le groupe de 14 hydarthroses doubles connues (le cas de Gaudar compris), 13 fois-coexistait la lésion cornéenne. Nous ferons remarquer à ce propos, qu'outre leur coïncidence, ces deux manifestations de l'hérédo-syphilis ont une grande analogie au point de vue clinique : même âge des malades, bilatéralité ordinaire des lésions, guérison rapide par le traitement spécifique.

Nous terminerons l'étude de l'hydarthrose double en disant que la marche de l'affection est ordinairement tellement chronique, que dans dix des cas de Clutton, le gonflement persista sans modification notable pendant un temps qui varia de 3 à 12 mois ; chez notre malade, la durée est encore plus longue, si l'on tient compte des récidives, fréquentes aussi dans cette forme.

3^e forme. — **Ostéo-arthropathie déformante.** — Elle n'a été observée que deux fois seulement dans la syphilis héréditaire : une fois par Duménil (de Rouen), une fois par Méricamp, c'est le type le plus indécis, pour nous il n'a pas sa raison d'être en tant qu'arthropathie, nous dirons tout à l'heure pourquoi. Fournier en donne le tableau résumé suivant : c'est une « déformation générale ou partielle de la jointure, saillies anormales des extrémités articulaires qui présentent une déformation massive, ou bien des tubérosités isolées, en forme d'apophyses surnuméraires ou d'os-

téophytes....., sorte de végétation qui bourgeonne à l'aventure en donnant naissance à des saillies, à des mamelons, des apophyses osseuses dont le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration ».

La symptomatologie des ostéo-arthropathies déformantes n'est pour ainsi dire pas autre que celle des ostéo-périostites hyperostosantes; il n'y a pas d'autre signe articulaire que la limitation plus ou moins grande des mouvements, qui résulte de la rencontre des saillies osseuses, mais on ne signale ni craquements articulaires, ni épanchement synovial; parfois existe un peu de douleur à la pression, mais sur l'os hypertrophié; malgré le voisinage de l'hyperostose, pas le moindre retentissement articulaire; pourquoi donc ne pas ranger simplement ces faits dans le cadre des ostéopathies pures, puisque les signes articulaires proprement dits, sont nuls: si l'articulation est indemne, pourquoi qualifier différemment une simple hyperostose d'ostéopathie lorsqu'elle siège sur la diaphyse et d'arthropathie quand elle siège sur l'épiphyse ou même sur les deux parties de l'os en même temps; c'est, à notre avis, créer une distinction inutile et nous n'en parlons qu'en nous appuyant sur l'autorité de Fournier et de Méricamp.

L'indolence est encore, dans cette forme, un signe significatif, mais elle est peut être moins franche que dans les deux formes précédentes, si elle existe parfois au début, elle s'acquiert surtout par le temps. La douleur, s'il y en a, est un symptôme lié au dévelop-

pement de l'hyperostose et sur la valeur duquel M. Fournier insiste beaucoup ; alors elle est souvent la première à se faire sentir, précédant l'apparition de l'hyperostose ; tant que celle-ci est en voie de développement, elle persiste avec une intensité variable, ordinairement faible, quelquefois insignifiante ; l'hyperostose, une fois complète, la douleur cesse. Ces arthropathies entraînent généralement des troubles fonctionnels importants : difficulté et limitation mécanique des mouvements, attitudes vicieuses, atrophies musculaires, arrêt de développement des membres. Le développement de l'hyperostose peut s'effectuer d'une façon assez rapide, se constituant en quatre ou cinq mois, ou affecter un développement chronique à durée presque indéterminée. L'absence de suppuration est importante à noter. L'âge des malades de Duménil et Méricamp, est 17 et 28 ans ; c'est donc la forme la plus tardive, chez tous les deux c'est le coude qui est atteint. D'ailleurs les recherches de Parrot sur la syphilis infantile ont montré qu'après la région crânienne, les ostéophytes ont une préférence marquée pour l'extrémité inférieure de l'humérus.

En résumé, cette soi-disant arthropathie a pour caractère essentiel d'être déformante ; elle rappelle, au premier abord, un peu l'arthrite nerveuse, un peu l'arthrite sèche. Mais outre son apparition chez des individus entachés de la diathèse, les recherches de Parrot, citées plus haut, sont en faveur de sa nature syphilitique. En somme, il est difficile de créer une variété bien distincte en se basant seulement sur deux observations, mais il ne semble pas douteux que la

syphilis héréditaire puisse entraîner des osthéopathies à prédominance épiphysaire que l'on peut à la rigueur qualifier d'arthropathies et dont le type doit être, jusqu'à nouvel ordre, considéré comme conforme à la description minutieuse qu'en a donnée Méricamp.

Quoi qu'il en soit, maintenant que, pour jeter dans notre description toute la clarté désirable, nous avons, dans les arthropathies hérédo-syphilitiques, établi des divisions théoriquement distinctes, nous devons, pour rester dans la réalité clinique, avouer l'inconvénient de ces descriptions schématiques toujours trop absolues. Comme dit Lagrange : « les formes se mélangent entre elles, à l'arthropathie peut se joindre la gomme synoviale : l'hydarthrose venue subitement peut, en distendant la séreuse, occasionner des douleurs capables de dérouter le diagnostic. Enfin on peut rencontrer dans une même arthropathie l'accumulation simultanée de lésions péri-synoviales, osseuses et articulaires ». Mais n'oublions pas que tout rentre dans l'ordre sous l'influence d'un traitement approprié ; ce dernier caractère constitue, avec l'indolence du mal et la notion étiologique, le trépied sur lequel il faut asseoir le diagnostic (nous allons y revenir dans le chapitre suivant) ; tous les autres caractères sont accessoires et de seconde valeur. Cès notions devront toujours être bien présentes à l'esprit, surtout dans les cas mixtes et complexes, d'une appréciation difficile.

DIAGNOSTIC

Nous ne pouvons nous empêcher d'entrer dans quelques considérations générales sur le diagnostic même de l'arthropathie hérédo-syphilitique. Et d'abord, s'il suffit souvent d'y penser pour pouvoir l'affirmer, il faut être parfois d'une difficulté réelle ; mais, à vrai dire, on n'y songe généralement pas, en raison de la rareté relative de cette arthropathie par rapport aux autres lésions de l'hérédo-syphilis et par rapport aux arthrites d'une autre nature ; il faut souvent que le malade attire en même temps l'attention sur une lésion concomitante ou précédente d'hérédo-syphilis (comme la kératite dans le cas que nous rapportons, par exemple) pour que le clinicien entrevoie la relation cause expliquant ces deux manifestations d'une même diathèse. Les stigmates de la syphilis héréditaire sont donc de première importance pour établir le diagnostic.

Mais ce travail ayant des limites restreintes, nous ne pouvons nous étendre sur l'étude de tous les signes d'hérédo-syphilis ; du reste, ce serait sortir un peu du sujet ; nous nous contenterons donc de les rappeler en répétant que c'est de leur groupement seul que résulte

la valeur plus ou moins grande du diagnostic d'hérédosyphilis. « Il faut rechercher, dit Fournier, les traces de la syphilis partout où il peut y avoir chance de les trouver. C'est qu'en effet le diagnostic en cause est moins difficile qu'important. Nombreuses sont les erreurs, nombreux sont les mécomptes en pareille matière. Il faut avoir procédé personnellement à des enquêtes de ce genre pour en connaître les écueils, les incertitudes, les obscurités, pour savoir combien il est fréquent de se heurter à l'ignorance, à l'indifférence, à la dissimulation, au mensonge, etc...; on ne saurait croire ce qu'il y a de par le monde de syphilis ignorées ou oubliées, sans même parler de celles que les intéressés couvrent d'un voile impénétrable ». Car il n'est pas de critérium permettant d'affirmer d'une façon absolue l'hérédosyphilis et Fournier dit lui-même que « les particularités révélatrices de l'hérédosyphilis sont loin d'être constantes; d'abord elles peuvent être assez atténuées, assez effacées, assez vagues d'expression pour que le diagnostic n'ait pas en tirer d'éléments de certitude, et, en second lieu, il n'est pas rare qu'elles fassent absolument défaut. Notons de plus qu'aucune de ces particularités n'est en soi pathognomonique, dans le sens strict qu'il convient d'attacher à ce mot, ce dont nous disposons en l'espèce, c'est *un ensemble de signes* qui n'ont rien d'absolu, qui ne comportent qu'une valeur relative..., quant à des signes pathognomoniques, nous n'en avons pas et suivant toute vraisemblance nous n'en aurons jamais ». En effet, il manque le plus souvent, d'après Parrot (Cliniq. de l'hôpital des Enf. assistés 1884), un signe auquel on a attaché une

grande importance et qui différencierait, pour certains auteurs, le facies hérédosyphilitique de la « beauté scrofuleuse » et de l'aspect des sujets sains : nous voulons parler de cette teinte bistrée, terreuse, de l'aspect cachectique, du facies vieillot que l'on observe parfois chez les syphilitiques héréditaires, mais qui, la plupart du temps, seraient dûs à l'athrepsie : il n'est pas rare de rencontrer de petits syphilitiques qui ont une très belle apparence et nullement le facies particulier qu'on a voulu leur attribuer : telle la malade de M. Weill, dont nous rappelons l'observation.

La triade d'Hutchinson, elle aussi, a vécu : Magitot a montré, en 1883, devant la Société de Chirurgie de Paris, que les lésions dentaires décrites par Hutchinson ne sont nullement caractéristiques de la syphilis héréditaire et que les lésions spéciales imprimées aux dents par cette maladie, sont communes d'ailleurs à toutes les diathèses en général.

Au sujet de la kératite diffuse, Parrot déclare que les observations d'Hutchinson ne l'ont pas convaincu. Panas et Dauphin considèrent qu'elle est manifestation de la cachexie et de la misère physiologique ; on la trouve du reste chez des individus de constitution moyenne n'ayant jamais connu la misère et soumis à une hygiène rationnelle. Enfin, Mackenzie, et bien d'autres avec lui, l'attribue à la scrofule. De ces opinions différentes, il résulte donc que la kératite interstitielle, étant sous la dépendance de plusieurs maladies générales, de plusieurs « tempéraments », dans le sens propre que donne M. Bouchard à ce mot, on ne peut la considérer comme l'expression exclusive d'un

quelconque de ces états divers. « Il semble bien plus légitime, dit M. Fournier, bien plus conforme aux données de la clinique et de l'anatomie, de la considérer comme une lésion d'ordre commun (lésion de nutrition), lésion qu'à la vérité s'approprie fréquemment l'hérédo-syphilis (comme elle s'en approprie tant d'autres d'ailleurs) pour en faire une de ses expressions familières ». Si donc on ne peut accorder légitimement à la syphilis héréditaire la propriété exclusive d'engendrer la kératite interstitielle, il faut du moins songer à l'hérédo-syphilis chaque fois qu'on se trouve en présence de cette variété de kératite et agir en conséquence ; c'est du reste la conclusion par laquelle Baker et Story terminent leur travail sur les altérations dentaires et la kératite diffuse dues à la syphilis.

Résumons donc rapidement, d'après Fournier, les signes révélateurs de l'hérédo-syphilis, puisqu'en l'absence de la certitude donnée par la découverte de la syphilis ancestrale, ils donnent par leur ensemble de grandes probabilités sur la nature des lésions et par cela même les plus grandes indications pour le traitement. Ce sont les suivants :

Constitution, habitus, facies : enfants délicats, chétifs, amaigris, peau sombre, gris sale, terreuse, bistrée, facies, vieillot.

Retard, imperfections, arrêt de développement physique : corps grêle, atrophie des organes génitaux (Augagneur), en un mot : infantilisme.

Difformités crâniennes et nasales : crâne natiforme, nez en lorgnette.

Difformités osseuses du tronc et des membres : tibias en

lame desabre. Incurvations du rachis, thorax en carène.

Cicatrices de la peau et des muqueuses : polycycliques, siégeant aux commissures des lèvres, au nez, à la gorge, sur le voile du palais.

Lésions oculaires : bilatérales, intenses, longues, néphélions, albugos, leucômes.

Lésions de l'ouïe : otite purulente ou surdité brusque sans signes d'otite, rapidement intense, ne s'accompagnant pas de lésions appréciables.

Lésions dentaires : microdontisme, amorphisme, crénelage.

Testicules petits, durs, irréguliers.

Ganglions : adénopathies au cou, quelquefois à l'aîne ou à l'aisselle, à évolution lente.

Arrêt de développement intellectuel.

Polymortalité infantile dans la famille.

Enquête sur la famille (père, mère, frères, sœurs).

L'enquête sur la syphilis possible des parents est donc, nous l'avons vu, très difficile et les stigmates d'hérédo-syphilis, si importants peuvent manquer ou ne sont pas absolument pathognomoniques. Le traitement spécifique pourra-t-il servir de pierre de touche? Hâtons-nous de dire qu'il n'est pas infallible, car on a vu des lésions tuberculeuses s'améliorer par le traitement ioduré et d'autres arthrites, l'arthrite blennorrhagique en particulier, être influencées par le traitement mercuriel ; inversement il est fort possible que certaines arthropathies, bien que syphilitiques lui soient réfractaires ; c'est surtout dans ce cas que la valeur du syndrome clinique que nous avons étudié aura son importance.

Néanmoins, de ce que le traitement spécifique n'a pas toujours son efficacité ordinaire vis-à-vis de certaines manifestations de la syphilis, il ne faudrait pas nier dans ces cas l'influence de cette maladie. En effet, chez un syphilitique avéré, porteur de divers accidents, certains de ceux-ci peuvent résister au traitement spécifique, mais il ne faut pas en conclure que ces accidents ne relevaient pas de la vérole. Car Fournier a bien montré que « cette maladie ne produit pas que des lésions syphilitiques, mais aussi des lésions banales », et tandis que les premières cèdent au traitement, les autres résistent, quoique nées de la syphilis.

De plus, l'insuccès thérapeutique peut tenir à l'ancienneté de la lésions, à la dose du médicament, à la qualité, à la durée de son administration ; le terrain, c'est-à-dire le sujet atteint, et même la qualité du virus spécifique semblent en outre avoir une grande influence: il y a des individus réfractaires, comme l'a montré Augagneur.

La pierre de touche thérapeutique, si précieuse qu'elle soit, n'est donc pas infaillible. Néanmoins, en cas de succès, si l'on ne peut toujours affirmer absolument la nature syphilitique de l'arthropathie, il est difficile de ne pas être impressionné par l'amélioration rapide que le traitement iodo-hydrargyrique produit ordinairement dans des arthropathies durant souvent depuis longtemps ; cliniquement, le résultat obtenu constitue dans bien des cas le seul critérium d'une réelle valeur.

Maintenant que nous connaissons la part qui revient, dans l'élaboration du diagnostic, à l'enquête familiale,

aux signes d'hérédo-syphilis, au traitement, nous résumerons brièvement celle qui revient aux caractères propres de l'arthropathie que nous avons développés en temps utile :

D'une façon générale, lorsque la lésion n'est pas fistuleuse, l'indolence est un caractère fréquent des lésions syphilitiques et il est incontestable que souvent elle doit attirer l'attention du clinicien et l'engager à rechercher l'existence de la tare syphilitique chez le sujet porteur de l'arthropathie ou chez ses ascendants. Il en est de même des épaissements localisés de la synoviale ; dans l'hydarthrose essentielle, il est vrai, tout épaissement fait défaut la plupart du temps. Outre l'indolence ordinaire des lésions il existe encore un certain nombre de signes négatifs qui peuvent avoir leur valeur pour un observateur soigneux : les symptômes généraux, la fièvre en particulier, n'existent que s'il y a des complications secondaires ; il n'y a pas de fongosités, pas d'attitudes vicieuses ; on conçoit toute l'importance que peuvent avoir ces signes négatifs en matière de séméiologie articulaire. Lannelongue, dans une leçon publiée dans le *Bulletin médical* 1883, fit le diagnostic immédiat d'arthropathie syphilitique rien que par l'absence de phénomènes d'arthrite. Lorsqu'il s'agit d'une lésion fistulisée, on se souviendra que la syphilis ne s'accompagne pas de suppuration sauf, bien entendu, au cas d'infections secondaires ; on n'y voit pas ces destructions ligamenteuses si fréquentes si accentuées dans les ostéo-arthrites tuberculeuses ; ici encore on notera l'absence de fongosités. Enfin, la recherche des bacilles et des follicules tuberculeux

dans les produits émanés du foyer infecté ne donnera aucun résultat.

Ces principes généraux posés, nous devons maintenant examiner les cas particuliers du diagnostic différentiel.

Le diagnostic de l'ostéo-arthropathie syphilitique peut se présenter dans des circonstances bien différentes : ou la lésion n'est pas ouverte, ou elle est fistuleuse.

Si elle n'est pas fistuleuse (et c'est presque le seul cas à envisager en clinique), le diagnostic sera quelquefois délicat.

L'hydarthrose simple se reconnaîtra à son étiologie (trauma préarticulaire ou ab-articulaire), à l'absence d'épaississement au niveau de la synoviale (ce signe existe assez souvent dans l'hydarthrose syphilitique) ; dans l'hydarthrose simple, la bilatéralité de la lésion manquera la plupart du temps ; le développement sera rapide et l'épanchement souvent très abondant ; enfin l'efficacité du traitement simple et l'absence de récurrence lors de sa suppression achèveront le diagnostic.

Un phénomène relativement rare, mais susceptible d'induire en erreur peut aussi se présenter : l'hyperplasie de la synoviale peut-être poussé à l'extrême en un point très restreint d'un épaississement localisé et fait alors saillie dans la cavité articulaire ; le noyau induré, suivant la marche ordinaire de toute hyperplasie synoviale, arrive parfois à se pédiculiser peu à peu et à donner naissance, sinon à des corps étrangers complètement libres dans la jointure, du moins à de petites masses mobiles et pouvant faire croire à de vrais *corps étrangers articulaires*.

Le *rhumatisme chronique* est une maladie franchement articulaire et bien qu'il puisse être chronique d'emblée, il est précédé ordinairement de poussées de rhumatisme aigu ou subaigu facilement reconnaissable aux phénomènes inflammatoires et généraux plus ou moins intenses qui l'accompagnent, à la douleur sans exacerbation nocturne, à son caractère ambulatoire, les sujets atteints seront souvent de souche arthritique et le salicylate de soude sera leur remède.

Les *arthropathies de la croissance* peuvent encore se présenter à l'esprit dans un diagnostic hésitant. Lounnon (Th. de Paris 1886), a en effet montré, après Bouilly, que l'ostéite juxta-épiphysaire dite ostéomyélite de croissance pouvait, dans sa forme chronique, traînante et bénigne, produire l'hydarthrose ; qu'y a-t-il d'étonnant à cela ? N'est-ce pas par un processus analogue que les arthropathies syphilitiques héréditaires et les arthropathies de croissance se développent ? ne suivent-elles pas la loi d'Ollier que nous avons citée à propos de la pathogénie ? On sera d'autant plus sujet à hésiter que l'âge moyen des malades est le même et qu'il y a souvent des douleurs en différents points juxta-épiphysaires du squelette. Le petit malade, le plus souvent âgé de 10 à 12 ans, après de petits accès de fièvre souvent inaperçus, se trouve en proie à de l'abattement, il est faible, fatigué, triste, n'ayant goût ni au travail ni au jeu, accusant des maux de tête fréquents et ayant de petites épistaxis à répétition ; cet état est analogue à celui qui se voit souvent chez les hérédo-syphilitiques. Néanmoins, outre l'absence des 4 caractères cardinaux des arthro-

pathies syphilitiques ; on se rappellera que l'arthropathie de croissance a souvent un début brusque, les douleurs articulaires qui l'accompagnent ne ressemblent pas aux douleurs spontanées, vagues, plus généralisées de l'hérédo-syphilis, très caractéristique est la douleur à la pression au niveau de la région juxta-épiphysaire ; il y a de la claudication plus marquée, les mouvements physiologiques sont limités par une sorte de vigilance musculaire ; les attitudes vicieuses existent plus ou moins. La fièvre, peu élevée il est vrai, est souvent méconnue et procède par de petits accès courts et irréguliers auxquels succède l'abattement ci-dessus indiqué ; on ne peut donc se fonder sur ce signe : l'accroissement rapide de la taille est plus important à considérer ; enfin l'enfant n'est pas à l'abri de poussées aiguës.

Si l'arthrite blennorrhagique aiguë ne risque pas de se confondre avec l'arthropathie hérédo-syphilitique, il n'en est pas de même de l'*hydarthrose gonococcienne* ; dans les cas où cette dernière succède à la forme aiguë, le diagnostic sera encore facile, mais il peut arriver qu'elle soit d'emblée la seule manifestation du rhumatisme blennorrhagique, alors les symptômes généraux et douloureux font défaut, la fièvre manque, le malade à l'usage de son ou de ses articulations, sa durée est longue et sa guérison peut survenir spontanément d'une façon complète ; mais elle dégénère souvent en arthrite déformante. Se fondant d'abord sur l'absence des signes essentiels de toute arthropathie syphilitique héréditaire, le clinicien sera guidé en outre par le caractère parfois mono-articulaire de la

lésion, par la recherche des autres manifestations de la blennorrhagie, par la tendance aux raideurs articulaires ou à l'ankylose, par le manque de récidives, enfin et surtout il lui suffira, pour en reconnaître la véritable nature, d'examiner avec soin cliniquement et bactériologiquement l'urèthre, la vulve, le vagin et les conjonctives.

L'arthrite sèche survient généralement, il est vrai, à un âge plus avancé, mais on peut à la rigueur la rencontrer chez des sujets qui ont à peu près l'âge des hérédosyphilitiques ; les déformations qu'elle imprime aux extrémités osseuses sont plus irrégulières ; la douleur existe généralement ; elle s'accompagne de bonne heure de craquements articulaires beaucoup plus accentués, beaucoup plus âpres, donnant absolument la sensation du « moulin à poivre ».

Nous n'insisterons pas sur les *manifestations rhumatoïdes primitives du purpura* dont le cortège de troubles gastro-intestinaux et l'apparition de l'exanthème à bref délai viendront vite fixer l'observateur.

Ne citons qu'en passant l'*ostéo-myélite prolongée*, chronique siégeant parfois au voisinage des articulations ; cette affection est en effet toujours accompagnée au début d'une fièvre plus ou moins intense et à laquelle se rattache toute une chaîne de lésions lointaines caractéristiques qui font défaut dans la syphilis.

Les tumeurs osseuses au début, l'*ostéosarcôme* surtout, sont souvent d'un diagnostic fort délicat en l'absence des indications d'ordre général données plus haut. L'*astéosarcôme*, par exemple, a de nombreux points de ressemblance avec le syphilôme diaphyso-

épiphysaire, ainsi qu'il ressort du travail du Dr P. Courrent sur le sarcôme des os (Montpellier 1886). En effet, même au début, il provoque des douleurs intenses qui, persistant, assez marquées la nuit, pourraient en imposer pour des douleurs ostéocopes nocturnes dues à la syphilis. De plus, les extrémités des os longs (fémur, tibia, humerus, etc.), sont aussi le siège favori de l'ostéo-sarcoïne et la suppuration fait généralement défaut dans cette affection. On pourrait donc hésiter un certain temps ; mais on se souviendra que l'immobilisation, qui calme les douleurs de toute arthrite et qui est sans action sur la douleur, ordinairement faible quand elle existe, de l'arthropathie syphilitique, exaspère les douleurs de l'ostéosarcome ; que le gonflement provoqué par ce dernier à des limites moins bien circonscrites que l'hyperostose de l'arthropathie syphilitique ; de plus, sa caractéristique, comme l'a signalé le Dr Gillette, est de respecter longtemps les jointures voisines. Les téguments y sont sillonnés par un réseau veineux beaucoup plus accentué que celui qu'on a observé parfois dans l'arthropathie syphilitique ; on constate constamment à leur niveau une augmentation de température locale pouvant atteindre et même dépasser un degré. En outre, l'âge d'apparition n'est pas le même pour les deux affections ; le maximum de fréquence des lésions osseuses syphilitiques serait, pour Fournier, de 5 à 12 ans, tandis que l'ostéosarcome est, comme l'a montré Schwartz (Thèse d'Agrég. 1880), excessivement rare avant 10 ans et très fréquent de 15 à 30. Signalons encore comme signes différentiels la rapidité de son évolution,

l'unicité de son siège et le traitement intensif au moyen duquel on ne restera pas longtemps dans l'indécision et qu'il sera inutile de prolonger si l'amélioration n'est pas rapide.

Nous en arrivons enfin au diagnostic le plus important : le diagnostic avec les athropathies tuberculeuses. Il sera souvent très délicat par le fait que les deux diathèses sévissent souvent au même âge, sur les mêmes articulations, se comportant ainsi fort bien en maladies infectieuses et vérifiant souvent la loi d'Ollier; par le fait aussi qu'elles semblent souvent se combiner et s'attirer sur des organes qu'elles affectent chacune en particulier. La chose a été notée par divers auteurs, et Ricord a pu créer d'une façon assez légitime le terme général de « scrofulate de vérole »; même elles s'influencent souvent réciproquement au point que la lésion hybride ne peut être attribuée plutôt à l'une qu'à l'autre.

La tuberculose articulaire peut simuler toutes les formes de l'arthropathie hérédo-syphilitique, produire : 1° des arthralgies quelquefois atroces plusieurs années avant l'arthrite, dues à des compressions par des tubercules profonds survenant sans phénomènes apparents; 2° des formes indolentes longtemps considérées comme rhumatismales, sans contracture musculaire, et auxquelles on peut rattacher certaines tuberculoses articulaires latentes à faible réaction (Gangolphe), reconnues seulement à Margagni; 3° des hydarthroses (hydrops tuberculosus); 4° des formes hypertrophiques simulant aussi le sarcôme.

La confusion entre les athropathies des deux dia-

thèses peut persister pendant une longue période ; on trouve la source de l'hésitation du diagnostic à leur début dans ce passage tiré d'un mémoire du professeur Lannelongue (Soc. de Chir., juin 1882) :

« Dans la grande majorité des cas, la tuberculose articulaire est primitivement osseuse, elle débute par une lésion de l'épiphyse, par une ostéite tuberculeuse (Wolkmann).

.... « Le foyer tuberculeux primitif peut durer longtemps, rester plusieurs années dans un os à l'état latent. »

Comment donc orienter le diagnostic ; nous nous placerons à un point de vue général, sans prendre chaque forme en particulier.

Au début, faut-il se baser sur le symptôme douleur ? Malgré l'indolence fonctionnelle ordinaire de l'arthropathie héredo-syphilitique, elle peut s'accompagner « de douleurs ostéocopes nocturnes parfois vives préluant à la constitution apparente des lésions, se continuant quelquefois dans leur période d'état, sujettes à de fréquentes récides » (Fournier).

D'autre part, l'arthropathie scrofuleuse peut produire des douleurs « sourdes et obscures, non exaspérées par l'influence nocturne, non durables ; quelquefois même il y a absence complète de symptômes douloureux (Fournier). Nous n'oublierons pas en outre que le caractère nocturne de la douleur ostéocope de la syphilis n'a plus la valeur pathognomonique absolue qu'on lui attribuait autrefois ; l'exacerbation nocturne existe, en effet, dans les affections osseuses de toute autre nature, quoique, il est vrai, à un degré moindre,

et ne sont pas liées qu'à un état syphilitique ; dans la *Revue de Chirurgie*, 1884, le docteur Charvot, du Val-de-Grâce, dit, en effet, de ces affections : « Il n'est pas rare d'observer des douleurs nocturnes se généralisant à toute la diaphyse et aux articulations prochaines véritables douleurs ostéocopes qui peuvent en imposer. »

Nous en avons parlé à propos de l'ostéosarcôme.

L'élément douleur est donc peu important si on l'envisage, comme Fournier, dans sa production spontanée, mais il l'est beaucoup plus si on le considère dans son apparition fonctionnelle ; quelle différence, en effet, entre le libre jeu de l'articulation syphilitique et la vigilance musculaire de l'articulation tuberculeuse !

Fournier donne encore les points de repère suivants : on pourra tenir compte de la « constitution en général rapide de l'hyperostose syphilitique, en l'espace de quelques mois, et de l'intégrité absolue des tissus périphérique, au voisinage de cette hyperostose », car dans l'arthropathie tuberculeuse « la tuméfaction est beaucoup moindre et plus lente ; elle est bien moins le fait de la lésion osseuse que de la participation des parties molles à l'ensemble morbide, les tissus périphériques étant œdémateux, infiltrés, empâtés, convertis en productions fongueuses ». Lannelongue (*Bulletin méd.* 20 mars 1887), est du même avis : « ce n'est pas le propre de la tuberculeuse épiphysaire de prendre un pareil développement hyperostosique jusque dans l'intérieur de la jointure, sans amener un retentissement fongueux du côté de la synoviale, sans produire une arthrite réactionnelle, caractérisée par un épanche-

ment plus ou moins appréciable, un épaissement de la capsule, la sensibilité des culs-de-sac, etc., sans déterminer une contracture par vigilance musculaire qui limite d'une manière active et non mécaniquement les mouvements de l'articulation ». De plus, d'après Fournier « les lésions osseuses de la syphilis héréditaire tardive sont presque toujours exemptes de complications locales graves, susceptibles de retentir sur l'état général et de menacer la vie par épuisement, par cachexie progressive ». Du côté opposé « on observe au contraire des complications locale graves qui aboutissent souvent à une altération progressive de l'économie entraînant la mort.

L'examen des faits prouve l'exatitute des propositions de M. Fournier relatives à l'absence ou à l'apparition de complications locales dans la syphilis héréditaire tardive et la scrofule. Mais l'état général est quelquefois influencé dans les affections ostéo-articulaires de la première de ces maladies : du reste M. Fournier en convient bien lui-même en parlant des douleurs spontanées qui les accompagnent dans certains cas : « ces douleurs ont pour conséquence naturelle divers troubles symptomatiques tels que : troubles moteurs, gêne des mouvements, difficulté ou impossibilité de la marche..... quand les lésions occupent les membres inférieurs, nécessité du repos, voire d'un repos assidu, prolongé, agitation, insomnie, fatigue, état nerveux, parfois même réaction sur les fonctions digestives et sur l'état général. » Lannelongue a résumé ainsi l'évolution anatomo-clinique différente des deux sortes d'arthropatie : « lorsque la tuberculose évolue

du sein d'un os vers la surface, le mode de propagation à quelque chose de spécial. La périphérie de l'os s'empâte, il est vrai, mais cet empâtement, constitué par les fongosités émanées du foyer tuberculeux et non diffus, reste assez longtemps sous cette forme. Plus tard les fongosités envahissent les muscles, les aponévroses ou se répandent dans les espaces cellulux. Bref, le mal va s'éloignant de l'os, du foyer primitif, au point d'en être entièrement isolé parfois. Durant cette évolution, les fongosités se sont ramollies à leur centre, constituant désormais un abcès tuberculeux. Le syphilome, au contraire, bossue la surface de l'os, la rend noueuse, montueuse, la soulève à la façon d'une tumeur profondément logée ; mais quel que soit son développement il ne se sépare pas de l'os, il y reste profondément incrusté, et si plus tard il se désagrège, c'est pour aboutir au cratère gommeux que je vous ai toujours montré entouré de son talus osseux. »

Un des traits saillants du diagnostic est donc que les manifestations articulaires hérédosyphilitiques sont à peine phlegmasiques, jamais fongueuses, et rarement suppuratives, d'où la dénomination plus juste d'arthropathie de préférence à arthrite qui indique une inflammation articulaire ; l'arthro-tuberculose est au contraire généralement fongueuse, constamment inflammatoire et pyogénique ».

C'est vrai même pour l'hydarthrose tuberculeuse ; car si au début elle peut seconfondre avec l'hydarthrose syphilitique, revêtir, elle aussi, une allure intermittente, avoir un début insidieux, lent, sans douleur, laisser libres les mouvements articulaires, intacts les os et les

ligaments, épaissie irrégulièrement la synoviale, elle finit néanmoins par se transformer à la longue en une forme suppurative.

De sorte que le terme naturel d'une arthropathie tuberculeuse quelconque, non traitée est l'apparition d'un abcès sessile ou par congestion, venant de la synoviale ou de l'os.

En présence d'une lésion fistulisée, on devra donc immédiatement songer à la tuberculose ; car, à l'exemple de Wirckow, nous croyons que les arthropathies syphilitiques ne suppurent pas et que, s'il y a arthrite suppurée il faut toujours rechercher l'infection secondaire sur le rôle de laquelle nous nous sommes suffisamment expliqué dans le cours de ce travail pour n'avoir pas à y revenir.

Enfin la pierre de touche du diagnostic est encore ici le traitement spécifique, généralement nul et sans effet dans la scrofulo-tuberculose, il est le plus souvent efficace dans la syphilis, quand il est institué surtout au début de l'affection. Nous avons insisté plus haut sur la valeur de son infailibilité ; nous en resterons là sur ce point et ne reviendrons pas non plus sur les autres notions générales qui sont la base du diagnostic de l'arthropathie hérédo-syphilitique.

TRAITEMENT

Le traitement étant essentiellement lié à l'étude clinique, au diagnostic de l'arthropathie syphilitique héréditaire, nous avons eu l'occasion, dans le cours de notre étude, d'exposer les notions générales qui le concernent et sa valeur seméiologique ; nous n'y revenons pas : qu'on se souvienne seulement de ce principe applicable à la grande majorité des lésions syphilitiques, c'est que toute lésion prise à temps aura les plus grandes chances de guérir.

Quel est donc le traitement ? Il doit être avant tout médical. On l'a pourtant vu échouer, dans certains cas, bien que parfaitement dirigé et appliqué à temps ; dans ces circonstances, ou bien lorsqu'un traitement efficace se sera fait attendre, faudra-t-il conseiller une intervention chirurgicale ? Les interventions de ce genre ont surtout été pratiquées en Allemagne, mais leurs résultats en sont encore assez mal connus pour qu'il soit permis d'insister sur l'importance et l'efficacité du traitement médical et sur la nécessité de l'appliquer de bonne heure.

Si le traitement local est moins important que pour

les autres sortes d'arthropathie, le malade doit néanmoins en bénéficier dans une certaine mesure : le repos, avec ou sans gouttière, la révulsion, l'emploi des emplâtres de Vigo, pourront donc être conseillés. Mais le traitement général peut se passer ces adjuvants.

Il pourra être mixte, c'est-à-dire iodo-mercuriel ou simplement mercuriel.

Dans le premier cas, l'iodure sera prescrit à des doses qui varieront, suivant l'âge du sujet, de 0 gr. 50 centig. à 5 gr.; le mercure sera administré sous forme de frictions faites avec l'onguent mercuriel, de bains de sublimé, on pourra aussi donner le bi-ioduré à l'intérieur; enfin, on emploiera d'emblée, dans les cas graves, ou après l'échec du traitement ordinaire dans les autres cas, les injections sous-cutanées ou moins intra-musculaires des différents sels insolubles de mercure et, en particulier, du calomel, qui réalisent le mode d'emploi le plus efficace du mercure comme antidote spécifique. Cette dernière méthode, même employée seule, peut suffire et réussir à merveille, sans l'administration simultanée de l'iodure; c'est la médication la plus rapide et la plus sûre; notre malade en est un exemple : à son premier séjour à la Charité le traitement mixte (iodure et frictions) dut être prolongé plus longtemps que le traitement par les injections calaméliques, seul employé par son deuxième séjour.

Nous donnerons donc la technique de cette médication héroïque telle qu'elle a été employée chez notre malade. La méthode est celle de MM. Michel et Roche, de Marseille (Presse Méd. 1898, p. 313).

La préparation employée est la suivante :

Calamel porphyrisé (lavé à l'alcool, stérilisé à l'étuve) : 0,05 centigr.

Huile de vaseline (additionnée de vaseline jusqu'à consistance sirupeuse) : 1 centimètre cube.

Elle doit être renouvelée chaque fois (les solutions vieilles prédisposent aux nodosités) ; on en injecte chaque fois de 1/2 à 2 centimètres cubes ; tous les dix jours environ, en se servant soit d'une seringue de Roux de 2 c/m cubes, soit d'une seringue de Pravaz armée d'une aiguille de 5 centimètres ; après asepsie de l'instrument et de la région (partie supérieure de la fesse à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, à l'union du tiers externe et des 2/3 internes) on enfonce franchement et perpendiculairement l'aiguille en pleine masse musculaire ; l'injection est poussée avec lenteur ; l'orifice de la ponction est obturé au collodion.

Mais les inconvénients de la méthode, relativement rares, ne sont pas pour cela négligeables : voici le bilan des accidents qui se sont produits sur 1242 injections pratiquées par MM. Michel et Roche.

La douleur existe, souvent tolérables, mais quelquefois assez vive.

4 abcès sont survenus, dont deux imputables, d'après eux à des fatigues ; stomatite, 1 cas ; gingivite, 5 cas ; accidents généraux 0.

Les nodosités sont un inconvénient sérieux ; survenant au bout de 8 jours, elles sont peu douloureuses, mais généralement longues à disparaître.

D'autre part, si l'on consulte la statistique de F.

Epstein sur les résultats obtenus au service de dermatologie de Breslau, où ce traitement est employé sur vaste échelle, (8292 injections de 1892 à 1896), on compte une embolie pulmonaire sur 1185 injections; après l'embolie; il n'y a jamais eu de mort, il est vrai, mais celle-ci a parfois été amenée par l'intoxication générale.

Cette méthode présente donc des inconvénients qui doivent non pas y faire renoncer, mais en faire réserver l'emploi; comme toutes les médications héroïques, d'une efficacité extrême, il faut la réserver pour les cas graves ou réfractaires, c'est-à-dire chaque fois qu'une mercurialisation intense s'imposera. Très rarement elle sera indiquée d'emblée; on devra également s'en abstenir toutes les fois que le foie, le rein, organes de la dépuración sanguine, seront lésés, ou lorsque l'état générale précaire du sujet, au lieu de bénéficier du traitement, serait trop faible pour faire face à une nouvelle intoxication. L'état du cœur et de la bouche devra aussi entrer en ligne de compte.

En pratique, pour sa sûreté personnelle et celle de son malade, le médecin devra donc s'adresser tout d'abord aux frictions mercurielles faites méthodiquement, en variant chaque fois le siège de leur application; en les prolongeant pendant un quart d'heure, en les faisant suivre d'un bain sulfureux 12 heures plus tard; par leur simple emploi, lorsqu'il aura eu l'idée de songer aux accidents tardifs de la syphilis héréditaire, il arrivera, nous le répétons, « à guérir à peu de frais bon nombre de manifestations articulaires contre lesquelles tout l'arsenal chirurgical eût échoué ».

CONCLUSIONS

I. — Les arthropathies syphilitiques héréditaires tardives paraissent être une localisation assez rare de la diathèse. Elles ne se différencient par aucun caractère essentiel de celles de la syphilis acquise.

II. — Elles consistent le plus souvent en des lésions des extrémités osseuses qui retentissent sur l'articulation. Mais il y a lieu d'admettre, au moins au point de vue clinique, des formes synoviales pures.

III. — Caractérisées surtout par leur indolence et par la conservation des mouvements articulaires, ces arthropathies forment trois types cliniques :

l'ostéo-arthropathie ou pseudo-tumeur blanche ;

l'hydarthrose double des genoux ;

l'arthropathie déformante.

L'existence de cette dernière forme et encore contestable.

Les formes aiguës suppurées n'existent pas.

IV. — Le diagnostic, difficile surtout avec la tuberculose, se fonde sur :

l'enquête étiologique (parents, collatéraux);

les stigmates de la syphilis héréditaire chez le sujet;

les caractères propres de l'arthropathie;

l'action du traitement qui doit toujours être employé à titre d'épreuve dans les cas douteux.

V. — Le traitement mixte ordinaire suffit souvent. Dans les cas rebelles on peut recourir, même chez les enfants, aux injections intra-musculaires de calomel.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Antonin PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 février 1900.

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- HENOCH 1861. — Beiträge Z. Kinderheilkunde.
- GRESENT 1874. — Thèse de Paris. Des manif. tard. de la syph. héréd.
- BOUILLY 1878. — Etude comparative des arthrop. rhumat. scrof. syph.
- G. HOMOLLE 1878. — Nouv. Dict. de Méd. et de chir. pratiques art. syph.
- GÜTERBOCK 1879. — Premier mémoire (Arch. Klin. chir.) — deuxième mémoire 1883.
- MÉRICAMP 1882. — Th. de Paris. Contrib. à l'étude des arthrop. syph.
- DEFONTAINE 1883. — Th. de Paris. De la syph. articulaire.
- M. SCHULLER 1883. — Arch. f. Klin. chirurg.
- RANGUEDAT 1883. — Th. de Paris. Des arthrop. dans la syph. héréd.
- HUTCHINSON 1884. — Etude clin. sur certaines mal. de l'œil et de l'oreille consécutives à la syph. héréd. Trad. par Hermet 1884.
- SONNENBURG 1884. — Berliner medic. Gesellschaft 25 juin.
- DUREUIL 1885. — Th. de Paris. Contrib. à l'étude des pseudotum. blanches. syph.
- W. BAKER et J. STARY 1885. — syphilis héréd. (The ophtalmie Review);

- GANGOLPHE 1885. — Cong. franç. de chirurgie. Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.
- PARROT 1886. — La syph. héréd. et le rachitisme.
- FOURNIER 1886. — Leçons sur la syph. héréd. tardive 1886.
- CLUTTON 1886. — Symmetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis. (Lancet. fev. 1886).
- DANJOU 1887. — Th. de Paris. Ostéo-arthrop. déform. dans la syph. héréd.
- LANNELONGUE 1887. — Bulletin méd. du 20 mars. Diag. des arthr. syph.
- ROBINSON 1896. — Brit. med. journ. mai 1896. De l'arthr. syph. chez les enfants.
- KIRMISSON et JACOBSON 1897. — Rev. d'arthrop. sept. et nov. 1897. Contrib. à l'étude des arthrop. dans la syph. héréd.
- BRAQUEHAYE 1898. — Annales de Dermat. et syph.
- IMBERT 1899. — Gaz. des Hôpit. 18 fév. 1899.

ERRATA

Page	6	ligne	20	lire	articulaires	au lieu de	articulaires
—	8	—	6	—	arthrite	—	arthride
—	8	—	15	—	fongosités	—	fougosités
—	11	—	1	—	trois formes	—	trois forme
—	12	—	22	—	analogue	—	anologue
—	15	—	12	—	paire	—	poire
—	15	—	17	—	hyperostosique	—	hyperestostique
—	15	—	28	—	hydarthrose	—	hyarthrose
—	20	—	20	—	tibio-tarsienne	—	aluo tarsienne
—	21	—	1	—	exostoses	—	exartoses
—	21	—	19	—	ostéite	—	oséite
—	27	—	13	—	aigu	—	aigri
—	30	—	3	—	cannelées	—	camelées
—	47	—	17	—	hyperémie	—	hyperéinie
—	47	—	21	—	physiologique	—	plupiologique
—	62	—	30	—	et ne rend	—	et rend
—	72	—	5	—	il peut	—	il faut
—	73	—	20	—	n'ait pas à en	—	n'ait pas en
—	82	—	30	—	ostéosarcôme	—	astéosarcôme
—	83	—	8	—	ostéosarcôme	—	ostéo-sarcoïne
—	84	—	28	—	Morgagni	—	Margagni
—	91	—	26	—	caloméliques	—	calaméliques
—	93	—	8	—	réserver	—	reserer

